Л. Бурлачук

А. Кочарян

М. Жидко

Психотерапия

ББК 88.48я7
УДК 615.851(075)
Б 91

Б91
Бурлачук Л. Ф., Кочарян А. С, Жидко М. Е.
Психотерапия: Учебник для вузов. 2-е изд., стереотип. — СПб.: Питер, 2007. — 480 с: ил. — (Серия «Учебник для вузов»).

ISBN 978-5-91180-451-0

Второе издание учебника (предыдущее вышло в 2003 г.) посвящено анализу и современной интерпретации различных направлений психотерапии. Широко представлена палитра современного психотерапевтического знания, но при этом обозначена и авторская концепция психотерапии, приглашающая читателя к диалогу, конечная цель которого — создание отечественной психотерапевтической культуры.

Как известно, основные проблемы возникают при анализе идеологического и личностногопластов психотерапевтической помощи. Здесь существует много разночтений, определяемых как двойственной, экзистенциально-сущностной природой человека, так и чувствительностью психотерапевта к тем или иным уровням человеческого бытия. Психотерапия трактуется не как технология воздействия, а как идеология совместного переживания (проживания) жизненного кризиса.

Раскрыты психологические модели, в которых отражены разные варианты такого переживания. Клиент (пациент) представлен как активный участник психотерапевтического процесса.

Учебник предназначен для студентов и аспирантов, обучающихся по специальности «Психология», представляет интерес для врачей и практикующих психотерапевтов.

ББК 88.48я7
УДК 615.851(075)

Л. Бурлачук, А. Кочарян, М. Жидко.

Психотерапия.
Учебник для ВУЗов

Оглавление

Предисловие научного редактора.

Первый вопрос, который задает студент, начинающий изучать психотерапию, касается того, насколько быстро и эффективно можно освоить теорию и практику терапевтического воздействия. Ответы преподавателей зависят от их взгляда на подготовку психотерапевта: одни склонны рассматривать ее как посвящение в тайное знание и считают, что этому нужно учиться всю жизнь, другие — как решение обычной учебной задачи, полностью укладывающееся во время, отведенное программой. Но, как обычно, истина лежит посередине. Помимо этого ответ на данный вопрос напрямую зависит от того, о какой психотерапевтической методике идет речь.

Гарольд Стерн, основатель и многолетний президент Филадельфийской школы психоанализа, в своем интервью «Психологической газете» (февраль 1998 г.) говорил о том, что для овладения большинством методов психотерапии достаточно внимательного прочтения трех или четырех основополагающих книг, но для того, чтобы овладеть психоанализом как методом лечения, требуется изучить не менее ста книг. Конечно, Стерн, как свойственно психоаналитикам, несколько упростил ситуацию: чтобы стать психотерапевтом, все же недостаточно даже самого внимательного прочтения основополагающих книг. Огромное значение имеют опыт взаимодействия с пациентами, супервизорская подготовка. Поэтому я должен разочаровать тех, кто надеется получить профессиональные навыки в психотерапии только путем чтения соответствующей литературы.

Второй вопрос, который задают студенты, начинающие осваивать психотерапию, касается степени воздействия терапевтической процедуры на личность пациента, ее эффективности. На этот вопрос нельзя ответить без учета того, о каких терапевтических методах идет речь, с какими психическими нарушениями работает терапевт, каковы личностные особенности самого терапевта, и, наконец, без анализа того, какие средства измерения используются для оценки эффективности той или иной терапевтической процедуры. О каждой из перечисленных составляющих эффективности психотерапии уже написаны и продолжают писаться статьи и книги, к которым я и отсылаю читателей, интересующихся этими проблемами. Здесь же я лишь кратко остановлюсь на вопросе о характере изменений личности иод воздействием психотерапии.

Нередко можно прочесть и услышать о том, что в результате психотерапии произошли существенные позитивные изменения в личности пациента. Тем самым подразумевается, что психотерапия меняет личность. Прежде чем говорить об изменениях личности при психотерапевтическом воздействии, сделаем небольшое отступление.

Проблема личностных изменений — одна из важнейших проблем психологической науки, имеющая методологическое значение. Большинство отечественных и зарубежных исследователей небезосновательно полагают, что изменения личности происходят только в период ее активного формирова-

ния, не позднее 30 лет. В ходе решения проблемы изменчивости личности были предложены ее различные теоретические модели. К наиболее популярным относится модель П. Косты и Р. Мак-Крэя /1/, американских психологов, известных своими работами в области измерения базисных факторов личности. Они ввели понятия **основных тенденций и адаптационных характеристик.** Первые после 30 лет остаются стабильными (к ним в первую очередь относится «большая пятерка» личностных факторов), а вторые, включающие привычки, аттитюды, отношения, интересы и т. п., могут меняться в течение всей жизни.

Развитием модели Косты и Мак-Крэя явилась модель Д. Мак-Адамса /2/, который выделил три параллельных и не взаимодействующих друг с другом уровня личности. Содержание первого из них соответствует содержанию понятия «основные тенденции» в концепции Косты и Мак-Крэя, этот уровень относительно устойчив в течение периода взрослости. Он состоит из качеств, которыми индивид обладает независимо от воздействий среды. Второй уровень может быть соотнесен с адаптационными характеристиками. На этом уровне личность испытывает влияние контекстуальных и мотивационных воздействий. Если первый уровень может быть попят как уровень наблюдателя (внешнее описание личности), то второй уровень характеризует внутреннее, непосредственное содержание личности, существующее в данный момент. Изменения как функция развития личности ожидаются именно на этом уровне. Третий уровень — экзистенциальная личность. На этом уровне человек конструирует представление о себе, смысле и значении своей активности в окружающем его мире. Мак-Адамс полагает, что этот уровень личности напрямую связан с борьбой за создание жизнеспособной идентичности личности, или так называемого мифа жизни. На этом уровне изменения происходят непрерывно.

Теперь вернемся к вопросу о влиянии на личность психотерапевтического воздействия. Многочисленные данные говорят о том, что терапия эффективна. Но личность ли изменяется в ее процессе? М. Л. Смит и коллеги /3/ полагают, что наиболее очевидный терапевтический эффект достигается в ходе лечения депрессии и отдельных симптомов, например беспокойства. Когда же речь идет о таких особенностях личности, как, например, нейротизм, желаемый эффект не достигается. Это мнение поддерживается многими психологами, а Л. Люборский и коллеги /4- P.39-47/ делают вывод, что психотерапия не воздействует на основную структуру личности, а помогает пациенту становиться более гибким в удовлетворении своих потребностей и использовании способностей.

Таким образом, изменений личности в плане формирования каких-либо новых или исчезновения уже имеющихся качеств под влиянием психотерапии не происходит (мы не имеем в виду те случаи, когда психотерапевтическое воздействие, применяемое наряду с химическим, например психотропным, приводит к подлинной трансформации личности; такие воздействия в

силу их направленности на руинирование индивидуальной психики не изменяют, а уничтожают личность).

Каждое свойство или качество личности, как известно, является достаточно устойчивым психическим образованием, а их наличие, собственно, и делает личность личностью. Эти устойчивые психические образования мало подвержены даже возрастным изменениям. Изменчивость личности, ее адаптация к меняющимся условиям среды достигается за счет того, что каждое из качеств (в их взаимодействии с другими!) имеет настолько широкий диапазон ситуационно обусловленных проявлений, что порой может быть воспринято как наличие качества, противоположного тому, которое реально существует. Психотерапевтическое воздействие, не создавая новых качеств у личности, как бы приводит уже имеющиеся в соответствие, например, с изменившейся ситуацией жизнедеятельности. Такое «приведение в соответствие» и обеспечивает успех психотерапии незначительных психических нарушений. Подтверждением этой мысли является хорошо известное опытным психотерапевтам отсутствие продолжительного позитивного эффекта в случаях глубокого невроза или психоза. При этих заболеваниях происходит более или менее выраженная деструкции личности, а поэтому и не удается добиться устойчивого эффекта. При работе с такими пациентами психотерапевт, по сути, стремится возродить уже разрушенное в психике путем апелляции к сохранному, но такое «приращение», как и в случае тканевой несовместимости, оказывается временным. Сторонники психоанализа считают, что он является наиболее эффективным методом терапии при серьезных формах патологии. В известной мере эта эффективность обеспечивается длительностью психоаналитического процесса, нередко длящегося годами. Регулярные психоаналитические сеансы становятся для пациента своего рода костылями, с помощью которых он бредет по жизни.

Из вышеизложенного можно сделать следующий вывод: каждый, кто приступает к изучению психотерапии, должен отчетливо представлять себе не только сильные, но и слабые стороны методов, направленных на возвращение личности к психологическому благополучию.

Авторы благодарят Ирину Грабскую и Надежду Терещенко за помощь в создании этого учебника и признательны за многолетнюю поддержку проректору Мюнхенского университета профессору Вернеру Шубо. От имени всех авторов выражаю искреннюю признательность сотрудникам психологической редакции Издательского дома «Питер», приложившим немало усилий для того, чтобы этот учебник вышел в свет.

Авторы будут рады замечаниям и предложениям читателей, которые можно направить по электронному адресу psydiag@i.kiev.ua.

Л. Ф. Бурлачук

Киев, май 2007 г.

Введение.

В литературе по психотерапии /5- С.157-163/ бытует, а среди представителей медицины весьма распространено мнение о том, что «...современная ситуация и практика психотерапии представляется абсолютно абсурдной». Этот радикальный вывод обосновывается тем, что в мировой практике используются более 600 форм и методов психотерапии, которые «...как правило, не базируются на научно обоснованной доктрине, а формируются по принципу направлений, возглавляемых "гуру". В этом смысле они, по сути, идентичны механизмам создания тоталитарных сект...». Кроме того, в этих направлениях существуют не согласующиеся, а порой и противоречащие друг другу представления о моделях психического (и психологического) здоровья, механизмах развития психопатологических и психосоматических расстройств, теории психотерапевтического изменения пациента/клиента и т. п. Как можно осмыслить данную ситуацию?

Во-первых, можно (что порой и происходит) превратить психотерапию в разновидность объективного медицинского знания, построенного по принципу позитивной науки. Именно на такой выход из «абсолютного абсурда» ориентируют авторы вышеупомянутой статьи, выстраивая медицинскую модель психотерапии.

В действительности же нужно твердо помнить, что в современной психотерапии существуют две модели: медицинская и психологическая. В **медицинской модели** основной упор делается на знание нозологии, синдромологии, клинической картины расстройств. Основной мишенью такой модели является симптом, поиском и ликвидацией причины которого практически не занимаются.[1] Активность пациента сводится к минимуму — к вере во врача и проводимое лечение. Врач-психотерапевт в такой модели психотерапии занимает позицию эксперта, который лучше знает, лучше понимает «наивного» пациента. Как известно, такая модель психотерапии была единственной в СССР, где не допускалось проникновения психологического понимания психотерапии, объявленного «буржуазным». Одним из проявлений этого факта являлось и является установление врачебной монополии на проведение психотерапии. К сожалению, до сих пор психологи могут осуществлять психотерапевтическую деятельность лишь под прикрытием надуманных терминов: психологическая коррекция, психопрофилактика[2], семейное консультирование и т. п. Очевидно, что эти термины являются искусственными, по крайней мере с точки зрения описания работы психологов в реальном психотерапевтическом процессе.

---

[1] Некоторым исключением являлась личностная патогенетическая психотерапия, идущая от идей В. Н. Мясищева и разработанная в Ленинграде.

[2] В 1988 г. вышла книга А. С. Спиваковской «Психопрофилактика детских неврозов», в которой психопрофилактика рассматривалась как направление работы психологов с *«уже нездоровыми, но еще не больными»* (курсив наш. — *Авт.*) детьми.

Наряду с медицинской моделью психотерапии, сходной с употреблением лекарства (хотя мы ни в коей мере не хотим умалить ее значения!), существует, развивается и, что кажется странным и непонятным многим «естествоиспытателям», оказывается терапевтически эффективным психологическое направление в психотерапии или, другими словами, **психологическая модель.** Это направление в первую очередь связано с пониманием психотерапии как «мира сказок, метафор», мира, к которому неприложимы законы естественно-научного знания. На этом пути медицинская модель «оказания помощи» становится неадекватной и бесполезной. В этом случае определение психотерапии как «воздействия на психику и сому человека через психику» уступает место таким метафорам психотерапевтического контакта, как:

— «взаимодействие» — когда активен не только психотерапевт, но и сам клиент (в этом случае термин «пациент» неуместен, так как клиент не является пассивным объектом манипуляций психотерапевта);

— «сосуществование» — когда подчеркивается идея не деятельностного совместного пребывания психотерапевта и клиента в психотерапевтическом контакте, а обмен эмоциями и смыслами;

— «внутреннее постижение» — когда клиент движется во внутреннем пространстве по им же определяемой траектории;

— «безусловная любовь» — когда клиент и психотерапевт вступают в особые отношения психологической интимности, наполненные любовью и принятием.

На этом втором пути развития психотерапии теория часто отстает от реального психотерапевтического процесса. Знание, несомненно, является условием эффективного процесса, но не заменяет его. Между тем даже в рамках психологических моделей психотерапии, например в психоанализе[3], знание (теория) нередко является главным маяком психотерапевтического процесса. Это приводит к тому, что психотерапевт может рассказать о клиенте все — особенности его эго-объектных отношений в детстве, травмы, особенности процессов совладания и защиты и т. п., но не может передать жизненный дух клиента. Возникает ощущение, что находишься в препараторской, в которой нет живого человека, а психотерапевт не передает своих реальных эмоций и переживаний в отношении клиента. Клиент «умер», превратился в некоторую схему, модель в рамках психотерапии «детективного жанра». Психотерапия, ориентированная на теорию, становится приятным интеллектуальным времяпрепровождением. Но совершенно очевидно, что само по себе «знание» клиента психотерапевтом, каким бы совершенным и точным оно ни было, не гарантирует изменения клиента. «Знание» не запускает у клиента внутреннего процесса. Над ним (или под ним) должно быть что-то важное, но

[3] Речь идет о традиционных подходах психоаналитической терапии. Тем не менее достаточно велико число психоаналитиков, которые придерживаются такой стратегии психотерапевтической работы. Трудно устоять перед искушением «спрятаться» за теоретические построения, ведь такой развернутой теории психологической травмы, структуры психологического расстройства и характерологии нет ни в одном психотерапевтическом подходе.

ускользающее от концептуализации, — этому трудно научить, но без этого неосуществима глубинная психотерапия. Метафоры этой над- или подстройки — «интуиция», «эмпатия», «личностность психотерапевта» и т. п. К. Г. Юнг как-то заметил, что личность психотерапевта — лучшая формула самой психотерапии. Подобным же образом и терапевты-роджерианцы всегда опасаются обвинений в техницизме, и те условия психотерапевтического изменения клиента, которые должен создать психотерапевт, являются не техниками, а некоторыми личностными диспозициями.[4]

Психологическая модель ориентирована на распространение психологической культуры и мышления на сферу помощи больным и людям, имеющим психологические проблемы. С одной стороны, становится все более очевидной недостаточная эффективность сугубо медицинской психотерапии, и врачи начинают интересоваться психологическими моделями психотерапии, психологическим способом мышления, психологической культурой. С другой стороны, в последнее время появилось множество пациентов с донозологическими формами расстройств, которыми ранее врачи не занимались, но ими же не занимались и психологи. Сейчас эти люди стали объектом внимания и тех и других. Характерной особенностью психологической модели психотерапии является убежденность в том, что за пациента (клиента) решить его проблему никто не может. Психотерапевт лишь сопровождает клиента в проблему, в глубину переживаний, помогает человеку найти ресурс изменения и решения своих проблем.

Несмотря на кажущуюся пропасть между медицинской и психологической моделями психотерапии, их объединяет ориентация на помощь клиенту. Поэтому каждому терапевту необходимо знать обе модели, так как для снятия тревоги, фобий и т. п. часто совершенно не нужно идти в глубинные личностные переживания, тем более что далеко не у всех клиентов имеется желание работать на таком уровне.

Глава 1. Психодинамическая терапия.

Введение.

Изложение теоретических и практических основ психодинамического направления в психотерапии невозможно представить без постоянных апелляций к более широкому контексту психоаналитического знания. Это неудивительно, так как именно благодаря психоанализу в начале XX в. в европейской культуре впервые возникло и оформилось (причем не только в области медицинской практики «заботы о душе») понимание о наличии индивидуальной и коллективной бессознательной психической реальности, действующих в ней сил и энергий, динамике их формирования и влияния на нормальное и пато-

[4] В одном немецкоязычном руководстве по психотерапии /6/ основные условия психотерапевтического изменения клиента рассматриваются в качестве методики терапии, что в корне неверно.

логическое развитие личности, возможности научного исследования и воздействия на них. Именно с психоанализа начался процесс становления психотерапии как самостоятельной области профессиональной деятельности, который не завершился и поныне. Психоанализ впервые занял небывалое для прежних моделей психопрактики (преимущественно поведенческого и суггестивного характера) место в европейской цивилизации и до сих пор остается одним из наиболее признанных и влиятельных направлений не только психологии, психотерапии и медицины, но и гуманитарного знания в целом. Поэтому неслучайно в отечественной и зарубежной научной литературе в качестве синонимов психодинамической терапии зачастую выступают такие термины, как «психоаналитическая психотерапия», «исследовательская психотерапия», «психотерапия, ориентированная на инсайт» и т. п., в той или иной степени подчеркивающие принадлежность данного вида психотерапии к психоаналитическим принципам понимания человеческой психики.

С другой стороны, творческое развитие теории и практики психоанализа привело к возникновению разнообразных форм психотерапевтической практики, оперирующих понятиями и концепциями энергий, сил и конфликтов между ними, но в ряде случаев достаточно серьезно отходящих от ортодоксальной традиции.

Такая ситуация привела к тому, что до сих пор как у психоаналитиков, так и у представителей других направлений существует тенденция отождествлять психоанализ и психодинамическую терапию. Действительно, и психоанализ, и психодинамическая терапия используют психоаналитическое понимание функционирования психики человека; оба вида лечения пытаются изменить поведение терапевтическим путем с помощью таких психологических методов, как конфронтация, прояснение и интерпретация; оба требуют интроспекции со стороны пациента и эмпатического понимания со стороны терапевта; оба обращают пристальное внимание на контрперенос. Но психоанализ в основном полагается на интерпретации, сосредоточивает внимание на развитии аналитических отношений, трактуя последние как закрытые с момента возникновения «невроза переноса», а также исходит из стандартизированных представлений о внешней среде, что выражается в использовании таких терминов, как «достаточно хорошая мать» или «среда умеренных ожиданий». Психодинамические формы психотерапии, напротив, зачастую подчеркивают особенности реальной жизни пациента и минимизируют рассмотрение аспектов взаимоотношений «терапевт-пациент» (при условии, что они не препятствуют проведению терапии). Кроме того, психодинамические формы психотерапии, помимо традиционных, используют такие методы, как поддержка, совет, изменения в непосредственном окружении пациента и т. д. На первый взгляд эти теоретические расхождения незначительны, но они приводят к существенным различиям в практике.

В связи с этим психодинамическое направление в психотерапии сегодня можно представить в форме континуума, на одном из полюсов которого располагается психоанализ как герменевтический метод, концентрирующийся

исключительно вокруг фантазий и их латентного (скрытого) содержания, а другой занимает однократная поддерживающая сессия. При этом необходимо отметить, что разница в местоположении на континууме не является качественным или количественным показателем отличия той или иной формы психодинамической терапии. Так, краткосрочная психотерапия (пока наиболее приемлемая и распространенная форма терапии в постсоветском пространстве) в силу своих временных ограничений требует от психотерапевта не меньших, а порой и больших знаний и умений в области работы с личностью.

Таким образом, под психодинамической терапией понимаются различные формы терапии, базирующиеся на основных положениях психоаналитического учения и соответственно акцентирующие внимание на влиянии прошлого опыта (психотравм, аффектов, фантазий, поступков и т. п.), формировании определенной манеры поведения (психологических защит, искажений восприятия партнеров по общению, межличностному взаимодействию), которая приобрела повторяемость и, таким образом, воздействует на актуальное физическое, социальное и психическое благополучие человека.

Эволюция понятий и концепций психодинамической терапии.

Как уже отмечалось, генезис теоретических представлений и методических приемов психодинамической терапии неразрывно связан с историей развития психоанализа. Становление психоаналитического учения, в свою очередь, наиболее полно может быть понято только сквозь призму жизненной динамики биографии его основателя — Зигмунда Фрейда и тех клинических случаев, которые послужили основой для создания аналитических построений (Анна О., Дора, маленький Ганс, Человек-волк, Человек-крыса и др.). Кроме того, как отмечает современный психоаналитик Х. Томэ, «профессиональное мышление и действия психоаналитика рождаются и развиваются в контексте его личной жизненной истории и в дискуссиях с работами Фрейда, которые переплетены с духовной историей нашего столетия» (Томэ).

Необходимость исторического обзора продиктована также и тем, что психоанализ часто рассматривают как целостную и последовательную систему мышления, что во многом, как указывают Сандлер Дж., Дэр К. и Холдер А., не соответствует действительности. Так, не все понятия психоанализа определены достаточно четко. Сам Фрейд в процессе эволюции своего учения неоднократно менял формулировки используемых понятий, пересматривал их, расширяя применение технических процедур. По мере развития и аспектного видоизменения психоанализа значения его понятий также подвергались изменениям. Более того, имели место случаи, когда один и тот же термин использовался в разных значениях на одном и том же этапе развития психоанализа. Ярким примером является многозначное использование таких понятий, как Эго, идентификация, интроекция и др.

В дальнейшем из всего накопленного объема психоаналитического знания мы сосредоточим внимание лишь на тех аспектах, которые имеют непосредственное отношение к практике психодинамической терапии. При этом необходимо учитывать, что когда мы говорим о том или ином аспекте психоанализа, необходимо сопоставлять его с конкретной исторической датой.

Классическая психоаналитическая теория Фрейда.

Зигмунд Фрейд родился 6 мая 1865 г. в маленьком моравском городке Фрейберге в семье еврейского торговца. В гимназии он был одним из первых учеников, но для еврея высшее образование было возможно только в области медицины или юриспруденции. Под влиянием своих кумиров Ч. Дарвина и Й. Гёте он в 1883 г. выбрал медицинский факультет Венского университета.

Обычно выделяют несколько этапов истории психоанализа, не вполне четко очерченных хронологически, но достаточно ясно различающихся по своим исследовательским интересам, теориям, терапевтическим целям и техникам.

Период формирования психоанализа (1880-1896 гг.) связан с завершением Фрейдом обучения на медицинском факультете Венского университета, работой в физиологической лаборатории Э. Брюкке и Т. Мейнерта, стажировкой в клиниках Ж.-М. Шарко и И. Бернгейма, дружбой с Й. Брейером и В. Флиссом, а также ранними работами в области гистологии, анатомии и неврологии.

Впервые основы психодинамического понимания психической патологии и вытекающего из него психотерапевтического воздействия были заложены в клиническом случае пациентки, позже получившей широкую известность под именем Анны О. Как отмечает Р. Дадун, «эффект шока и первотолчка, который он произвел на него (Фрейда. — *Авт.*), позволяют считать данный случай начальной, нулевой отметкой в трех планах — историческом, терапевтическом и теоретическом» (Дадун, с. 81).

Анна О., привлекательная и одаренная девушка 21 года, заболела во время ухода за находившемся при смерти отцом, которого она горячо любила. С декабря 1880 по июнь 1882 г. она страдала рядом довольно тяжелых расстройств, которые, по мнению врачей того времени, имели истерический характер: спастическим параличом правых конечностей с потерей чувствительности, нарушением движений глаз и зрения, трудностью удерживания головы, сильным нервным кашлем, отвращением к пище, нарушением речи (утратой способности говорить на родном языке и понимать его). Кроме того, у нее наблюдался «типичный», по мнению Р. Л. Стюарта, случай раздвоения личности. Как пишет А. Лоренцер, в одном состоянии сознания «она была вполне нормальна, в другом походила на озорного и непослушного ребенка... Переход от одного состояния к другому опосредовался фазой самогипноза» (Лоренцер, с. 137). С современной точки зрения можно предположить, что на самом деле это было состояние, подобное абсансу.

Несмотря на то что тогда к истерикам относились как к злостным симулянтам, ее лечащий врач, знаменитый своими исследованиями физиологии дыхания, Йозеф Брейер отнесся к пациентке с интересом и участием. В один из своих визитов, который, по счастливой случайности, совпал с приступом, он заметил, что в самопроизвольном полутрансовом состоянии больная бормотала слова, которые, казалось, относились к каким-то занимавшим ее мыслям. Брейер запомнил эти слова, а затем, повергнув девушку в состояние гипноза, повторил их и попросил сказать еще что-нибудь на эту тему. «Больная пошла на это и воспроизвела перед врачом то содержание психики, которое владело ею во время спутанности и к которому относились упомянутые слова. Это были... фантазии, сны наяву, которые обычно начинались с описания положения девушки у постели больного отца. Рассказав ряд таких фантазий, больная как бы освобождалась и возвращалась к нормальной душевной жизни» (Фрейд, 1989, с. 349), но ненадолго.

Поскольку это имеет принципиальное значение для понимания метода, необходимо подчеркнуть, что когда больная «с выражением аффекта вспоминала в гипнозе, по какому поводу и в связи с чем известные симптомы появились впервые, то удавалось совершенно устранить эти симптомы болезни» (там же). Напротив, если по какой-либо причине воспоминания психотравмирующей сцены не сопровождались аффектом, то симптомы не исчезали. Первоначально Брейер назвал этот метод очистительным рассказом, а в книге 1895 г. «Исследования истерии» *(Studien uber Hysterie)* ввел термин «катартическая терапия». Далее Брейер дополнил вечерние сеансы подобной терапии ежеутренним гипнозом.

После примерно годичного курса Брейер отказался от лечения в связи с тем, что в его отношениях с пациенткой возникло то, что впоследствии получило название **трансфера (переноса):** он ежедневно посещал ее и только о ней и говорил, что вызвало ревность у его жены. Он сообщил о прекращении лечения Анне (которой к тому времени стало намного лучше) и попрощался с ней, но в тот же вечер его снова к ней вызвали, и он нашел ее в состоянии сильнейшего возбуждения. Пациентка, которую он считал до той поры совершенно бесполым существом, на протяжении всего лечения не делавшая и намека на интерес к этой предосудительной теме, испытывала истерические родовые муки *(pseudocyesis)* — следствие фантомной беременности, незаметно развившейся во время и вследствие катартической терапии. Когда ее спросили, что происходит, она ответила: «Это рождается ребенок от доктора Брейера» (Дадун, с. 82). Несмотря на потрясение, Брейеру удалось успокоить ее посредством гипноза. На следующий день он вместе с женой уехал в Венецию во «второе свадебное путешествие». Впоследствии Фрейд в своем письме С. Цвейгу от 2 июня 1932 г. так выразил свое отношение к этому эпизоду: «В этот момент у Брейера в руках был ключ от "главных дверей", но он выронил его. Несмотря на большую умственную одаренность, в нем не было ничего фаустовского. Придя в ужас от того, что случилось бы на его месте с

любым врачом, не владеющим психоанализом, он обратился в бегство, поручив пациентку своему коллеге» (цит. по: Дадун, с. 82).

В дальнейшем дела несчастной пациентки шли не так хорошо, как можно было судить но публикациям Брейера. У нее произошло возвращение к прежнему состоянию и она была помещена в санаторий в Гросс-Энцерсдорфе (где, кстати, у нее опять возник роман с лечащим врачом). Через год после завершения лечения Брейер посетовал Фрейду, что «она совсем свихнулась» и что он желает ей смерти, «чтобы освободить несчастную от страданий» (Лоренцер, с. 140). Тем не менее она вновь поправилась, подружилась с женой Фрейда (которой приходилась дальней родственницей) и даже смогла самореализоваться: стала первой в Германии и одной из первых в мире женщин, занявшихся социальной работой, и основала журнал и несколько учреждений, в которых готовились девушки — социальные работники.

В 1882 г. Брейер рассказал об этом случае Зигмунду Фрейду, в то время ординатору лаборатории профессора Эрнста Вильгельма фон Брюкке (известного своими работами по микроскопической анатомии и физиологии зрения, пищеварения и голоса)[5], который был на 14 лет младше его и только заканчивал медицинское образование.

Рассказ Брейера произвел впечатление на Фрейда, но в это время его основные интересы были связаны с биологией, и он вернулся к рассмотрению данного случая только через несколько лет.

1882 г. был значим для истории психоанализа еще одним: Фрейд надеялся получить освобождающуюся должность в лаборатории, но у Брюкке были два прекрасных ассистента, претендовавших на это место раньше Фрейда. Фрейд писал: «Поворот произошел в 1882 г., когда мой учитель, к которому я питал высочайшее возможное уважение, исправил великодушную щедрость моего отца, серьезно посоветовав мне, ввиду трудного денежного положения, оставить теоретическую карьеру» (цит. по: Фейдимен, Фрейгер, с. 13). Кроме того, Фрейд нуждался в средствах для содержания семьи.

Фрейд с неохотой обратился к частной практике, но его основными интересами все равно оставались научное исследование и наблюдение. Сначала он работал как хирург, потом — как терапевт, затем стал «семейным врачом» в главной больнице Вены. Он прослушал курс психиатрии, что пробудило его интерес к взаимосвязям между психическими симптомами и физическими болезнями.

Клиентура Фрейда включала несколько больных истерией, и он лечил их всеми доступными в то время методами, включая массаж, электротерапию,

---

[5] Заметим, что фрейдовское «биологизаторство» может быть прослежено до представлений самого Э. Брюкке, который, являясь приверженцем идей Германа фон Гельмгольца, однажды следующим образом сформулировал свою позицию: «Никакие силы, кроме обычных химических и физических, не действуют в организме. В тех случаях, которые не могут быть в настоящее время объяснены этими силами, нужно либо искать особый путь или особую форму их действий средствами физико-математических методов, либо предположить иные силы, соответствующие по статусу физико-химическим свойствам материи, сводимым к силам притяжения и отталкивания» (цит. по: Фейдимен, Фрейгер, с. 12).

водолечение, длительный отдых, специальное питание и т. п. Не удовлетворенный результатами, он вспомнил о рассказе Брейера и попытался использовать гипноз как психотерапевтический метод.

В 1885 г. Фрейд получил стипендию для обучения в парижской клинике Сальпетриер (наряду с Нанси крупнейшего центра по изучению гипноза в то время) у знаменитого французского психиатра Ж.-М. Шарко. «Ни один человек не имел на меня такого влияния... Мне случалось выходить с его лекций с таким ощущением, словно я выхожу из Нотр-Дама, полный новым представлением о совершенстве», — утверждал он позже (цит. по: Дадун, с. 65).

Это неудивительно, так как Шарко был такой величиной в медицинском мире, что для него специально при Салпетриере была создана клиника нервных болезней. Ее специализацией стало лечение больных истерией. Как мы уже отмечали, в то время истерию считали симуляцией, а ее симптомы, в случае если их все же описывали (притом лишь у женщин), полагали связанными с заболеваниями матки из-за буквального восприятия этимологии слова (*usteria* — по-гречески матка), а некоторые врачи — с удалением клитора. Шарко же установил действительную сущность болезни, выявил ее наличие у мужчин, уточнил картину ее проявлений на основе изучения травматической истерии и проводил впечатляющие гипнотические «сеансы-спектакли».[6]

После четырехмесячной стажировки у Шарко Фрейд понял, что при истерии пациент демонстрирует симптомы, которые анатомически невозможны. Так, например, при «истерической анестезии» руки человек может ничего не чувствовать в нижней части руки (пальцах, ладони и пр.), но сохранять нормальные ощущения в запястье и верхней части руки. Поскольку нервы простираются от плеча по всей руке, этот симптом не может быть объяснен физической причиной. Кроме того, Шарко показал, что истерические симптомы можно вызвать или ослабить с помощью гипнотического внушения. М. Фуко выделяет еще одно следствие обучения Фрейда у Шарко: «Фрейд был первым, кто всерьез принял реальность пары врач—больной и решился не отводить от нее ни своего взгляда, ни поиска, кто не пытался замаскировать ее психиатрической теорией, более или менее сочетаемой с прочими медицинскими познаниями... Он первым вывел все следствия из реальности этой пары. Фрейд демистифицировал остальные структуры сумасшедшего дома: он отменил молчание и взгляд извне, он снимает признание безумным на основании игры отражений, он заставляет умолкнуть инстанции проклятия. Но он, в свою очередь, эксплуатирует структуру, включающую в себя роль медика; он раздувает добродетели чудотворства, придавая всемогуществу врача чуть ли не божественный статус» (цит. по: Лоренцер, с. 96-97).

Шарко считал Фрейда очень способным студентом и даже доверил ему перевод своих сочинений на немецкий. Фрейд, в свою очередь, вернулся в Вену

[6] Один из них изображен на картине Андре Бруйе, которая висела в кабинете З. Фрейда. На ней мы видим женщину, изогнувшуюся в истерическом припадке, с заломленными руками, откинутой назад головой и непристойно выпяченным животом, Ж.-М. Шарко, аудиторию врачей-мужчин, а в глубине — схему, изображающую судороги.

с «безмерным восхищением» по поводу Шарко, которое нашло отражение в докладе Венскому медицинскому обществу и привело в раздражение венские светила от медицины.

В ряду «пионеров» психодинамического направления, наряду с Брейером и Шарко, была еще одна личность, оказавшая существенное влияние не только на психоаналитическое учение Фрейда, но и аналитическую психологию К. Г. Юнга и индивидуальную психологию А. Адлера, а также позже возникшие в лоне психоанализа школы неофрейдистов, эгопсихологии и объектных отношений, — французский исследователь Пьер Жане, которого Фрейд считал «наследником трудов Шарко по истерии» (цит. по: Лоренцер, с. 98) и который, согласно работе Г. Элленбергера «Открытие бессознательного», может соперничать с Фрейдом за приоритет открытия бессознательного и модели личности.

Жане, будучи преподавателем гимназии в Гавре, обратился к исследованию гипноза и истерии. Между 1882 и 1888 гг. он проводил в Гавре исследования, результаты которых публиковались в *Revue philosophique*. Его открытия касались взаимосвязи между истерической симптоматикой и жизненной историей пациента, на основании изучения которой он построил свою теорию истерии как следствия диссоциированной психики.

Ядром этой теории является конституциональная патология — неспособность индивида к психическому «синтезу» (то, что современная психоаналитическая эгопсихология назвала бы «слабостью Я»). Вот как излагает ее сущность сам Фрейд: «У Жане мы обнаруживаем теорию истерии, которая во Франции является господствующим учением о роли наследственности и вырождения. Согласно этому учению, истерия есть форма изменения нервной системы, которая дает о себе знать через врожденную слабость психического синтеза. Истерические больные с самого начала не способны объединять многообразие душевных процессов, а к этому добавляется склонность к душевной диссоциации. Если вы позволите мне банальное сравнение, то истерики у Жане напоминают глупую женщину, отправившуюся за покупками и возвращающуюся нагруженной кучей свертков и пакетов. Двумя руками и десятью пальцами она с этой грудой никак не справляется, а потому свертки падают один за другим. Она наклоняется, чтобы поднять один, но в это время роняет другой и т. д.» (цит. по: Лоренцер, с. 132).

Далее об открытиях Жане и его вкладе в психодинамическое понимание истерической патологии Фрейд писал так: «Шарко пытался устранить многообразие форм проявления путем описательных формул; Пьер Жане признавал бессознательные представления, скрывающиеся за такими припадками; психоанализ добавил к этому, что они являются мимическими представлениями пережитых и сохранившихся в памяти сцен, которые занимают фантазию больных, не доходя до их сознания» (цит. по: Лоренцер, с. 122).

Но давайте оставим в стороне споры о приоритете и рассмотрим бесспорный вклад Жане в психодинамическое понимание психопатологического функционирования человеческой психики.

Во-первых, он первый указал на временную связь между неврозом и жизненной историей. Так, в его описаниях случаев Люси (1886), Марии (1889), Марселя (1891) и Ахилла (1893) можно прочитать о травмах «13 лет», «6 лет» и др.

Во-вторых, он первый указал на содержательную связь между неврозом и жизненной историей. Так, в описываемых им случаях почти все истерические феномены объясняются содержанием полученных психических травм («судьбоносных событий»).

В-третьих, все психотравмы обрисовываются им как социальные травмы. Так, например, в случае Марии Жане пишет, что источником ее психопатологических проблем является не сам по себе опыт первой менструации, а ее социальный контекст: «господствующие воззрения» сгустились у пациентки в субъективное впечатление о том, что менструация есть «нечто постыдное».

В-четвертых, Жане рассматривает социальную травму как травмирующие отношения. Так, он приводит клинический пример психотравмы, когда «в высшей степени чувствительного шестилетнего ребенка» родители, несмотря на его крики и протесты, укладывают в одну постель с больным сверстником.

И наконец, в-пятых, Жане прямо рассматривает психотравмирующее воздействие как повреждение структуры личности.

Открытие Жане жизненно-исторического значения симптомов базировалось на разработке некоторых методических правил, позже нашедших свое отражение и в практике психоанализа:

1) пациентов нужно обследовать только наедине, без свидетелей;

2) необходимо точно записывать все, что сказал или сделал пациент;

3) следует в точности проверять всю историю жизни и предшествующего лечения пациента.

Вернувшись в Вену в апреле 1886 г. и безуспешно пытаясь донести до медицинского сообщества французские идеи о сходстве между явлениями психической диссоциации, которые можно вызвать гипнозом и которые характерны для истерических больных, Фрейд начал широко и систематически использовать гипнотическое внушение в своей частной практике, так что Т. Мейнерт даже начал считать его «простым гипнотизером». С целью усовершенствования своей техники гипноза летом 1889 г. Фрейд отправляется на вторую стажировку во Францию, в Нанси к Огюсту Амбруазу Льебо и Ипполиту Бернгейму. Необходимо сказать, что в отличие от школы Шарко, считавшей гипноз ненормальным явлением, нансийская школа развивала анимистическую теорию гипноза, согласно которой гипноза не существует, а есть только внушение. Через внушение объяснялось и возникновение психоневрологических нарушений. Этот комплекс идей определял и своеобразие психотерапевтического метода. Терапевты этой школы лечили все заболевания; каждый пациент лечился на глазах у всех остальных, не обращая внимания на окружающий шум; преобладающую часть пациентов составляли лица «низкого сословия», так как Бернгейм учил, что «гипноз легче проводить с

людьми, привыкшими к пассивному послушанию, например среди бывших солдат или фабричных рабочих» (Лоренцер, с. 89).

Вот как описывает свои наблюдения сам Фрейд: «В 1889 г. я видел старого и трогательного Льебо, принимающего женщин и детей пролетарского населения Нанси... Больной сидит, он кладет ему руку на лоб и, даже не глядя на пего, говорит: "Сейчас вы уснете". Затем закрывает ему глаза, уверяя, что тот спит. Поднимает руку пациента: "Вы не можете опустить руку". Если больной ее опускает, Льебо делает вид, что ничего не замечает. Затем заставляет его вращать предплечьями, уверяя, что тот не может остановиться. При этом он сам очень быстро вращает руками и говорит, говорит без остановки сильным и вибрирующим голосом» (цит. по: Ахмедов, Жидко, с. 31-32).

Вдохновленный увиденным и в то же время хорошо понимавший ограничения и недостатки гипноза как психотерапевтического метода, по возвращении домой в случае Эмми фон Н. (страдавшей спазмами лица и странным цоканьем языком) Фрейд впервые применил «лечение словом» по Брейеру. Затем он пошел дальше и в течение некоторого времени использовал модифицированную «технику концентрации». С помощью наложения рук или одного пальца на лоб и осуществляя легкие нажимы, он просил пациента сконцентрироваться на том, что его беспокоит, и постараться вспомнить, когда этот симптом появился впервые.

При этом в общении с больными он вел себя достаточно настойчиво и провокативно, в стиле следователя: подвергал пациента психологическому давлению, задавал мучительные вопросы, подталкивал к «правильным» ответам, стараясь вырвать вынужденные признания. Поскольку одна из больных (Эмма фон Н.) пожаловалась, что эти постоянные вопросы мешают ей следить за своими мыслями, Фрейд осознал чересчур авторитарный характер своего метода и стал меньше вмешиваться, позволяя пациенту все более свободно и спонтанно предаваться процессу ассоциирования, который становится ключевым моментом психотерапии.

Последовательное очищение метода Фрейда отчетливо просматривается в его разнообразных работах об истерии и неврозах, опубликованных за 10 лет, с 1886 по 1896 г. Вокруг центральной книги, «Исследования истерии» (1895, в соавторстве с Брейером), группируются статьи, которые проливают свет на природу, причины и эволюцию нервных расстройств, в которых авторы пытаются дать необходимую классификацию и т. п.

Исходя из результатов клинических наблюдений, авторы объясняли истерический невроз **теорией травмы.**[7] Согласно этой теории, невроз рассматривается как следствие травматических переживаний — соблазнения, насилия, психологической депривации, которые не были утилизированы обычным способом, т. е. посредством «сознательных рефлексов» или постепенного «уничтожения». Вместо этого аффекты и/или связанные с ними воспоминания отделились (диссоциировались) от сознания, в то же время стремясь тем

[7] «Травма» в дословном переводе с греческого означает «рана», «повреждение», «результат насилия».

или иным путем (в том числе и в виде психопатологических симптомов) вернуться в него. Таким образом, заявляли авторы, «истерик страдает от воспоминаний» (Стюарт, с. 8).

Брейер и Фрейд также предположили, что дальнейшее поддержание диссоциации связано с тем, что либо воспоминания по тем или иным причинам непереносимы для Эго пациента (причем в этом случае термин «Эго» использовался в значении «Самости» («Я»), что не тождественно более позднему понятию Эго в структурной теории), либо психологическая травма имела место, когда сам пациент находился в диссоциированном состоянии сознания, получившего название гипноидного состояния.

Психотерапия, основанная на этой модели, заключалась в работе по возвращению «забытого» в сознание с одновременной разрядкой «заряда аффекта» в форме **катарсиса** (специализированного «очищающего» переживания патогенных аффектов) или **абреакции** (спонтанного эмоционального отреагирования).

Кроме того, необходимость подобной разрядки вытекала из **принципа постоянства**, согласно которому, по мнению авторов, в нервной системе имеется так называемая «сумма возбуждения», изменяющаяся в результате психических раздражений и обладающая тенденцией к уменьшению количества возбуждения для нормальной деятельности организма. Брейер и Фрейд были уверены, что одной из основных функций психического аппарата является поддержание постоянного уровня «суммы возбуждений». Они также рассматривали возбуждение как физическую реальность, физиологический раздражитель, воздействующий на нейрон и требующий разрядки по типу рефлекторной дуги. Этот процесс сравнивался с электрическим зарядом, который в англоязычной литературе получил название **катексиса**.[8]

Рассматривая проблему возвращения «забытого» в сознание пациента, Фрейд сформулировал фундаментальное положение о том, что пациенты активно сопротивляются воспоминаниям болезненных переживаний и событий, которые целенаправленно вытесняются из сознания, в отличие от простого забывания незначительных событий. Этот защитный процесс он назвал **вытеснением**, считая, что с его помощью сознание оберегает себя от возможной перегрузки неприятными или угрожающими чувствами и переживаниями. Принятие подобного положения привело к введению еще одного психодинамического понятия — **интрапсихического конфликта**, под которым понимается противоречивость требований внутри субъекта.

В дальнейшем Фрейд пришел к выводу, что описанный им процесс диссоциации присущ не только психоневрозам, но имеет место у любого человека в виде оговорок, описок, ошибочных действий и т. п., чему он посвятил свою работу «Психопатология обыденной жизни».

---

[8] Таким образом в английских и русских переводах работ 3. Фрейда передается немецкое слово *Besetyung* (занятие, оккупация, вложение).

Мысль об активности процесса диссоциации в разной форме остается основополагающим положением в работах по психодинамической терапии, хотя в разное время и Фрейд и другие исследователи выдвигали на первый план различные аспекты содержания диссоциированных и бессознательных элементов психического.

Проиллюстрируем описанные теоретические построения примером из книги «Исследование истерии».

Катарина, девушка 18 лет, была родственницей хозяев гостиницы, где Фрейд остановился во время поездки в горы. Узнав, что он врач, она обратилась к нему за помощью в связи с «болями при дыхании», которые развивались примерно по следующей схеме: «резь и ощущение давления в глазах — тяжесть в голове — гул в ушах — головокружение — затрудненное дыхание — тревожность из-за ощущения, что кто-то стоит за спиной». После длительного опроса Фрейду удалось заставить Катарину вспомнить, как два года назад она «застукала» своего дядю с кузиной Франциской, когда «он лежал на ней», и как после этого инцидента она три дня страдала рвотой. Опираясь на эти данные, Фрейд заявил, что аффект возбуждения, вызванный увиденным, и воспоминания о том, как дядя пытался ее соблазнить, привели к развитию у этой девственницы «гипноидного» состояния, которое, в свою очередь, трансформировалось в истерическую симптоматику «отвращения».

Сразу же после выхода книги, весной 1896 г., произошел разрыв Фрейда с Брейером. Он был связан как с разногласиями по поводу роли сексуальности в этиологии неврозов, так и с возрастающим влиянием другой дружбы Фрейда — с Вильгельмом Флиссом, немецким отоларингологом, посещавшим в Вене лекции Фрейда по неврологии. Именно он пробудил интерес Фрейда к проблемам пола, и в частности бисексуальности и детской сексуальности. Флисс занимался заболеванием носа, которым страдал Фрейд. Используя свою широкую биологическую эрудицию, он установил тесную связь (в некотором роде даже структурную) между носом и гениталиями и утверждал, что существуют «сексуальные периоды» — временные периоды, аналогичные менструальным периодам у женщин, но исчисляющиеся двадцатью тремя днями, которые определяют такие события личной жизни, как рождение, болезнь, зачатие, смерть и т. п. Фрейд в письмах или на «маленьких конгрессах» (которые они проводили в горах или в Берлине) сообщал Флиссу обо всех своих мыслях и экспериментах. При этом Флисс играл для него важную роль поверенного или «резонатора» либо, говоря психоаналитическим языком, явился новым объектом идеализированной фигуры.

Влияние Флисса на Фрейда особенно ярко проявилось в драматической ситуации, разыгравшейся в связи с **теорией соблазнения.** Развивая идеи психической травматизации, Фрейд выдвинул предположение, что истерический невроз и невроз навязчивых состояний являются следствием сексуального совращения, действительно имевшего место в детстве (преимущественно раннем) и чаще всего совершенного отцом. Основанием для подобного утверждения послужило клиническое открытие того, что в ходе лечения па-

циенты порой вспоминали об опыте сексуального обольщения — живых сценах, в которых инициатива принадлежала другому человеку (в большинстве случаев взрослому), а содержание менялось от простых словесных намеков или жестов до более или менее явных случаев сексуального совращения, вызывающих испуг, но пассивно претерпеваемых субъектом.

В упрощенном виде эта теория предполагала, что травма возникает на двух этапах, отделенных друг от друга периодом полового созревания. Первый этап, или этап соблазнения в собственном смысле слова, характеризовался Фрейдом как «досексуальное событие» сексуальной жизни, обусловленное факторами, внешними по отношению к субъекту, который еще не способен испытывать сексуальные эмоции в связи с отсутствием соматических условий возбуждения и невозможностью освоить этот опыт. Соответственно момент соблазнения не подвергается вытеснению. Лишь на втором этапе другое событие (не обязательно имеющее собственно сексуальное значение) ассоциативно вызывает в памяти первое событие. Из-за прилива эндогенных возбуждений воспоминание подвергается вытеснению.

При активной поддержке Флисса Фрейд уже в более решительной форме объявил о своем открытии в печати и выступил с лекцией в местном Обществе психиатрии и неврологии. «Эти ослы встретили лекцию ледяным молчанием», — так он описывал реакцию на это сообщение. Мало того, признанный авторитет в области сексопатологии Р. Крафт-Эббинг заявил, что это прозвучало как научно изложенная волшебная сказка. Поэтому, когда в 1897 г. Фрейд установил, что многие из так называемых «воспоминаний» о травматических переживаниях, рассказанных пациентами-истериками, фактически не являются воспоминаниями о реальных событиях, а представляют собой отчеты о фантазиях, он отказался от первоначальной теории, заявив, что она провалилась из-за собственного неправдоподобия.[9]

Тем не менее провалившаяся теория соблазнения сыграла значительную роль в истории развития психодинамических идей. Вот как это описывал сам Фрейд: «Хотя и верно, что истерики возводят свои симптомы к мнимым травмам, момент новизны заключается в том, что подобные сцепы создаются фантазией, а потому наряду с практической реальностью необходимо учитывать и реальность психическую. За этим вскоре последовало открытие того, что эти фантазии способствовали сокрытию аутоэротической активности ребенка в первые годы жизни, ее приукрашиванию и возвышению..А теперь за всеми этими фантазиями возникает картина сексуальной жизни ребенка во

---

[9] Справедливости ради отметим, что по недавно опубликованным данным доктора Эстер Кнорр Андерс, собранным в специализированном центре для анонимного обследования детей, подвергшихся сексуальному насилию, ежегодно в Германии около 1000 детей становятся объектом развратных действий, при этом 80% из них — девочки, а 98% преступников — мужчины и в 1/3 случаев — отцы своих жертв. Еще в 65% случаев это другие члены семьи, а также друзья и знакомые. И лишь в 5% случаев это совершенно чужие люди. Кроме того, эти данные, без сомнения, являются заниженными, так как далеко не все дети, оказавшиеся в подобной ситуации, обращаются за помощью в специализированные центры. Таким образом, можно признать, что первоначальная гипотеза 3. Фрейда об инцестуозных наклонностях отцов сегодня может быть достаточно обоснована, что, впрочем, не исключает и более поздней идеи о сексуальных фантазиях детей (цит. по: Фрейд А., Фрейд 3. 1997, с. 7). Более подробно по этой проблеме см. «Руководство по предупреждению сексуального насилия над детьми».

всей ее полноте» (цит. по: Лапланш, Понталис). Кроме того, с течением времени ряд аналитиков в той или иной степени возвращались к идеям теории соблазнения. Так, например, Ш. Ференци в 1932 г., развивая положения этой теории, показал, что взрослая сексуальность с ее «языком страстей» является следствием надлома детского мира с его «языком нежности». В табл. 1.1 в краткой форме приведено сравнение обеих теорий.

Таблица 1.1

Основные психодинамические положения	**Теория травмы**	**Теория инстинктов**
Соотношение жертва/ виновник	Пациент — жертва соблазнов, насилия и психологической жестокости	Пациент — виновник, так как, будучи ребенком, он желает овладеть матерью/ отцом, устранив отца/мать
Соотношение реальность/фантазия	Реальность	Фантазия
Главные направления и представители	Ш. Ференци и так называемая «венгерская школа» (М. Балинт, Д. В. Винникотт, Х. Когут, сэлф-психология), а также А. Миллер и А. Янов	Главные направления психоанализа, эгопсихология, теория объектных отношений

Внезапное прекращение Фрейдом почти двадцатилетней дружбы с Брейером, который по-отцовски его опекал, оказывал стимулирующее интеллектуальное влияние, помогал материально, посылал пациентов и т. п., оставило у него в душе чувство глубокой горечи, нашедшей отражение в резких выпадах против старого друга.

В октябре 1896 г. умер отец Фрейда, и это стало одной из поворотных точек в развитии психоанализа. Именно в это время впервые употребляется термин «психоанализ», с этого момента начинается самоанализ Фрейда и второй этап развития психоанализа.

На втором этапе развития психоанализа (1896-1923 гг.) происходит постепенный переход от теории травмы к **теории инстинктов или влечений (драйвов)**[10], т. е. к изучению бессознательных желаний и побуждений, а также того, как последние проявляются внешне. Это был период, в ходе которого возникли основные подходы в понимании функционирования психики:

---

[10] В различных (не только русскоязычных) переводах фрейдовский термин *Trieb* интерпретируется либо как инстинкт, либо как влечение. Как отмечают Ж. Лапланш и Ж.-Б. Понталис, «фрейдовская концепция влечения как побуждающей силы, не предопределяющей жестко ни формы поведения, ни типа объекта, приносящего удовлетворение, отлична от теорий инстинкта, как традиционных, так и современных, опирающихся на новейшие исследования (ср. понятие паттерна, или схемы поведения, внутренних механизмов "запуска" поведения, особых стимулов-сигналов и пр.)». (Лапланш, Понталис, с. 167.)

динамический, топографический, энергетический и структурный. Большинство клинических понятий, которые используются в психодинамической терапии, также были первоначально разработаны именно на втором этапе развития психоанализа.

Реакция на смерть отца и признание обострившегося в связи с этим собственного «опытного невроза» заставили Фрейда обратиться внутрь себя и начать исследовать методом свободных ассоциаций наиболее доступный материал — материал снов. Помимо этого интерес Фрейда к сновидениям был обусловлен тем, что они являются нормальными процессами, знакомыми каждому, и в то же время могут служить примером того, как работают механизмы формирования невротических симптомов. Самоанализ позволил Фрейду прийти к заключению, что чаще всего образы и сюжеты сновидений тесно связаны с детскими чувствами, такими как любовь к матери, соперничество с отцом, страх кастрации и т. п., вытесненными с наступлением взрослости, но продолжающими оказывать воздействие на образ жизни человека в виде бессознательных желаний.[11] Результатом этого титанического труда стала появившаяся в 1900 г. фундаментальная работа «Толкование сновидений», собравшая воедино результаты всех предыдущих исследований.

Прежде чем перейти к ее рассмотрению, отметим, что в анализе сновидений в неявной форме нашли свое отражение **метапсихологические подходы** к функционированию психики, более четко сформулированные позже (в частности, в статье 1914 г. под названием «Бессознательное»):

1) **динамический подход**, рассматривающий психику как местонахождение взаимодействующих или противоборствующих сил;

2) **топографический (систематический) подход**, рассматривающий психику как нечто, состоящее из различных систем с разными функциями и характеристиками;

3) **экономический подход**, который пытается проследить чередование различных возбуждений и прийти к сравнительной оценке их значимости.

Все научные теории сновидений, существовавшие в то время, рассматривали их как психическое явление, связанное со снижением (или особого рода искажением) обычной психической активности. Практически никто из авторов, занимавшихся этой тематикой, не попытался выявить возможное отношение между содержанием сновидения и личной историей сновидца. Несмотря на свою приверженность академическим традициям, Фрейд последовал по пути исследования сновидений, представленных в античных, восточных и прочих «сонниках», прежде всего фокусировавшихся на тайном смысле символики сновидений. Впрочем, следует отметить, что в отличие от

---

[11] Отметим, что вначале метод самоанализа представлялся З. Фрейду основополагающим. Впоследствии он стал более сдержанно относиться к нему, опасаясь подмены им психоанализа в собственном смысле слова. Сегодня многие психоаналитики считают, что самоанализ — особая форма сопротивления психоанализу, связанная с потаканием нарциссизму и устранением главного терапевтического фактора — трансфера. Однако у некоторых авторов (например, К. Хорни) самоанализ рекомендуется и выступает как дополнение к основному лечению, как его подготовка или продолжение.

«сонников» З. Фрейд переносит фокус внимания на применение сновидной символики лишь к одному отдельно взятому индивиду, и в этом смысле его метод противоположен приемам истолкования в сонниках.

Фрейд считал, что сновидения имеют психологический смысл, постичь который можно с помощью **интерпретации (толкования)** — специальной процедуры, придающей сновидениям (либо симптомам или цепочкам свободных ассоциаций) какое-либо значение, расширяющее и углубляющее то значение, которое им придает сам пациент. Интерпретация нацелена на преодоление психологической защиты, выявление актуального интрапсихического конфликта и обнаружение изначального желания. Согласно исходным формулировкам, сновидение включает в себя: а) **явное (манифестное) содержание,** т. е. сновидение в том виде, как его переживают, рассказывают или помнят и б) **скрытое (латентное) содержание,** которое раскрывается путем интерпретации. Фрейд также полагал, что существует **работа сновидения,** переводящая скрытое содержание в явное, и, следовательно, интерпретация сновидения представляет собой процесс, обратный работе сновидения.

Фрейд утверждал, что все сновидения являются результатом исполнения желаний. С этой точки зрения скрытое содержание — это желание, которое исполняется во сне в галлюцинаторной форме, причем необходимость его перевода в явное содержание диктуется двумя факторами: 1) физиологическими условиями сна, которые делают сновидение в основном визуальным, а не вербальным процессом, и 2) тем, что желание неприемлемо для бодрствующего Эго. Характеризуя второй фактор, Фрейд вводит понятие **цензора (цензуры)** — психической инстанции запрета, ответственной за недопущение в предсознание и сознание бессознательных желаний и возникших на их основе образований и соответственно деформацию сновидений. Таким образом, функция сновидений заключается в сохранении сна путем представления бессознательных желаний как исполненных. **Кошмары и тревожные сны** составляют неудачи в работе сновидений, а **травматические сновидения** (в которых просто повторяется пережитая травма) являются исключением из теории.

Фрейд утверждал, что **материалом сновидений** выступают телесные раздражения (например, голод, жажда и т. п.), остатки дневных впечатлений (события предыдущего дня, прямо или ассоциативно связанные с бессознательными желаниями, исполняемыми во сне) и давние воспоминания. **Механизмами работы сновидений** (как и формирования симптомов) являются конденсация, смещение, драматизация, символизация, интерпретация.

Конденсация (сгущение) — процесс, посредством которого два (или более) образа объединяются (или могут быть объединены) так, чтобы образовать составной образ, наделенный смыслом и энергией, полученными от обоих. Он может осуществляться по-разному: иногда из множества **элементов сновидений** сохраняется лишь один элемент (тема, персонаж и т. п.), многократно встречающийся в различных скрытых содержаниях («ядро»);

иногда различные элементы складываются во внутренне разнородную совокупность (например, персонаж, составленный из черт разных людей); иногда соединение различных образов может приводить к затушевыванию различий и усилению общих черт.

Смещение — процесс, посредством которого энергия перемещается с одного образа на другой. Так, например, в сновидениях один образ может символизировать другой.

Драматизация (учет образности) — процесс отбора и преобразования сновидных мыслей в образы, прежде всего зрительные. Так, например, абстрактное понятие «унижение» может быть образно представлено как уменьшение в размерах или падение на нижнюю ступень лестницы.

Символизация — процесс косвенного, образного представления бессознательного желания или конфликта за счет использования устойчивых отношений между символом и символизируемым бессознательным содержанием, наблюдаемых не только у отдельного человека, но и в самых различных областях (миф, религия, фольклор, язык и т. п.). Считается, что в сновидениях детей этот механизм используется реже, чем у взрослых, поскольку детские желания искажаются меньше или не искажаются совсем. Хотя психоанализ открыл множество символов, общая область символизируемого весьма ограниченна: тело, родители и кровные родственники, рождение, смерть, нагота и особенно сексуальность (половые органы, сексуальный акт и т. п.).

Интерпретация (вторичная обработка) — процесс переделки сновидения с целью представить его в виде более или менее связного сценария. Этот процесс вступает в действие при обработке продуктов, полученных в результате действия других механизмов, и осуществляется главным образом в состоянии, близком к бодрствованию, особенно когда пациент рассказывает о своем сновидении. Зачастую вторичная обработка использует уже сложившиеся сновидения.

Все эти процессы Фрейд назвал первичными процессами, противопоставив их вторичным процессам. В **первичных процессах** энергия свободно перемещается, при этом игнорируются законы пространства и времени, они управляются **принципом удовольствия** — т. е. принципом уменьшения неудовольствия от инстинктивного напряжения путем галлюцинаторного исполнения желания. Идея принципа удовольствия (первоначально представленного как принцип неудовольствия) основывалась на уже знакомой нам гипотезе принципа постоянства возбуждения (гомеостаза), согласно которой «психический аппарат стремится поддерживать имеющееся в нем количество возбуждения на возможно более низком уровне и устойчивом уровне» (Лапланш, Понталис, с. 364). **Вторичные процессы** подчиняются правилам формальной логики, используют связанную энергию и управляются **принципом реальности** — принципом уменьшения неудовольствия от инстинктивного напряжения путем адаптивного поведения.

Фрейд расценивал первичные процессы как филогенетически и онтогенетически более ранние по сравнению с вторичными (с этим связана и терминология) и считал их неотъемлемым свойством слабую адаптивность. По его мнению, все развитие Эго вторично по отношению к вытеснению первичных процессов. Вторичные процессы развивались наравне и одновременно с Эго и с адаптацией к внешнему миру, а поэтому они теснейшим образом связаны с вербальным мышлением. С этих позиций грезы, образная и творческая деятельность, а также эмоциональное мышление являются смешанными проявлениями обоих процессов.

В «Толковании сновидений» были заложены основы научного понимания бессознательного. И до Фрейда в естественных пауках, философии и литературе в том или ином значении употреблялись понятия «бессознательного», «неосознаваемого», «влечений» и т. и. и указывалось на их значимость в психической жизни человека (Б. Спиноза, Г. В. Лейбниц, К.-Г. Карус, Э. фон Гартман, И. Ф. Гербарт, А. Шопенгауэр, Э. Т. А. Гофман и др.). Однако только Фрейд смог исследовать бессознательное и создать на этой основе его метапсихологическую картографию.

Говоря о содержании, функциях и механизмах сновидений, Фрейд различал сознание и бессознательное. Он писал: «Толкование сновидений — это королевская дорога к познанию бессознательной активности мозга». При этом понятие **бессознательное** Фрейд употреблял в нескольких значениях: во-первых, для обозначения совокупности содержаний, не присутствующих в актуальном иоле сознания, во-вторых, как систему, состоящую из содержаний, не допущенных в предсознание и сознание в результате вытеснения. Представление о системах бессознательного, предсознания и сознания получило название **первой топики (топографической модели).**

Согласно этой топике, основные черты бессознательного сводятся к следующему:

1) содержания бессознательного являются репрезентаторами влечений, т. е. элементами или процессами, в которых выражаются влечения, эти содержания управляются особыми механизмами первичных процессов;

2) содержания бессознательного, сильно нагруженные энергией, стремятся вернуться в сознание и проявиться в поведении, однако они способны найти доступ к системе предсознание—сознание лишь в результате **компромиссов (психических образований, представляющих обе стороны конфликта), будучи искаженными цензурой;**

3) фиксации в бессознательное чаще всего подвергаются детские желания.

Предсознание содержит в себе материал, не входящий в актуальное поле сознания и поэтому являющийся бессознательным в первом значении этого понятия (например, неактуализированные знания и воспоминания). При этом он отличается от содержаний системы бессознательного тем, что остается доступным сознанию и управляется вторичным процессом. Кроме того, он

отделен от бессознательного цензурой, которая допускает бессознательные содержания и процессы в предсознание лишь в преобразованном виде.

Сознание (или система «Восприятие—Сознание») находится на периферии психического аппарата и принимает информацию одновременно из внешнего и внутреннего мира. В отличие от бессознательного и предсознания сознание не имеет никакой памяти, или, точнее, **мнестические следы** остаются в ней ненадолго. С точки зрения экономического подхода сознание отличается тем, что располагает свободно перемещающейся энергией и может нагружать ею тот или иной элемент (таким образом психоанализ объяснял механизм внимания). Кроме того, Фрейд считал, что сознание играет важную роль как в динамике конфликтов (сознательное избегание неприятного и более тонкое регулирование принципа удовольствия), так и в динамике терапии (границы и функции осознания).

Фрейд также предполагал, что между этими системами пролегают границы, которые при определенных условиях могут быть полупроницаемыми или полностью проницаемыми. Степень этой проницаемости определяется цензурой, определенным образом трансформирующей динамический материал. Заметим, что топографическая модель вполне согласуется с современными данными психологии памяти и восприятия, а также с моделью реактивного возбуждения в теории научения и поведенческой терапии.

Развитие представлений о возбуждении и его взаимосвязи с детскими желаниями, фиксированными в бессознательном (в частности, с уже описанным в «Толковании сновидений» эдиповым комплексом), а также исследование извращенных форм человеческой сексуальности привели к тому, что в своей следующей работе «Три очерка по теории сексуальности» Фрейд ввел и стал рассматривать понятие влечений (инстинктов) и их «судьбы». Он считал, что они имеют:

1) биологический источник;

2) запас энергии этого источника;

3) цель, т. е. осуществляют специфические для данного влечения действия, ведущие к его удовлетворению и к разрядке заключенной в нем энергии;

4) объект, в отношении которого эта цель может быть достигнута.

На этом этапе психоанализ предполагал, что неудача в нахождении объекта и достижении цели влечения (инстинктивной цели) ведет к фрустрации влечения и к увеличению инстинктивного напряжения. Это повышенное напряжение переживается как страдание. В соответствии с принципом удовольствия это страдание ведет либо к возрастанию активности в достижении разрядки, либо к введению механизмов защиты для уменьшения напряжения (Эго реагирует на угрозу инстинктивного напряжения, превышающего порог толерантности, **сигнальной тревогой**, которая стимулирует Эго к введению защитных мер).

В более поздней работе 1915 г. Фрейд описал четыре «превратности», которым может подвергаться влечение: а) **обращение** в свою противополож-

ность (обычно замена активной роли на пассивную); б) **поворот против себя**, т. е. использование себя в качестве инстинктивного объекта; в) **вытеснение** и г) **сублимация**, в результате которой энергия влечений в конечном счете разряжается в действиях, лишь символически связанных с первичной инстинктивной целью.[12]

Несмотря на то что Фрейд признавал наличие у человека множества различных инстинктов (влечений), он был последовательным сторонником **дуалистической теории инстинктов (влечений)**. Он предполагал, что все инстинкты можно разделить на две группы, антагонистически настроенные по отношению друг к другу, и конфликты между этими двумя группами несут ответственность за невроз. Однако на разных этапах его представление о том, что именно представляют собой эти группы, менялось. Так, во втором периоде он считал, что это **сексуальное влечение** и **влечения Эго**, соответствовавшие биологическим инстинктам воспроизведения потомства и самосохранения (причем под самосохранением Фрейд понимал жизненно важные потребности и функции, прообразом которых являлись голод и функция пищеварения).

В связи с этим Фрейд прояснил и понятие **либидо** (энергии, служащей подосновой всех преобразований сексуального влечения), которое он использовал начиная с 1896 г. Если в первых сочинениях понятие «либидо» обозначало энергию, качественно отличную от соматического сексуального возбуждения, то теперь либидо (относящееся к любви, как голод к пищевому инстинкту) предстало и как количественное понятие, как нечто подобное сексуальному желанию, нацеленному на удовлетворение. «Его возникновение, его возрастание и убывание, распределение и перемещение позволяют мам объяснить психосексуальные явления».

Кроме того, в этой работе Фрейд полностью опроверг привычные представления о нормальной и ненормальной сексуальности. Как он сам пишет, главные открытия психоанализа в этой области заключались в следующем.

1. Сексуальная жизнь начинается не с наступлением половой зрелости, а вскоре после рождения.

2. Нужно четко различать понятия «сексуальное» и «половое». Первое понятие значительно шире и включает в себя многие проявления, не имеющие ничего общего с гениталиями.

3. Сексуальная жизнь включает в себя функцию получения удовольствия от различных зон тела — функцию, которая впоследствии была использована в целях воспроизводства. Однако две эти функции редко совпадают полностью.

Фрейд постулировал ряд последовательных либидных стадий и фаз, сфокусированных на различных участках тела (**эрогенных зонах**), через которые

---

[12] Как отмечает Ч. Райкрофт, подобное рассмотрение влечений с той или иной степенью вероятности применимо только к сексуальным и агрессивным влечениям.

проходит индивид, начиная с младенчества. Он считал, что эти фазы синхронны параллельной серии фаз развития Эго.

Начало сексуальной жизни характеризуется двумя фазами, отличающимися ролью, которую играют эрогенные зоны (доминирующая или недоминирующая). Первая, или **прегенитальная**, **фаза** сексуального развития представляет собой динамический процесс, кульминационный момент которого приходится на конец пятого года жизни. Затем следует латентный период, после чего с момента возрождения сексуального импульса в период половой зрелости начинается вторая, или **генитальная**, **фаза**.

В прегенитальной фазе обычно выделяют три отдельные стадии сексуального формирования (**до- или преэдиповы**), через которые индивиды обоих полов проходят одинаково.

Наиболее примитивная стадия наделения либидо понимается как диффузное распространение энергии влечений по всему телу (внутри и по кожной поверхности), постепенно фокусирующееся возле ротовой области.

Оральная стадия связана со ртом как с первичным органом удовольствия, через который младенец осуществляет контакт со своим первым объектом желания — материнской грудью. Когда грудь отнимается или является недоступной, он прибегает к суррогату (например, пытаясь удовлетвориться сосанием пальца или какого-то другого предмета). Этот интерес к области рта, никогда полностью не исчезающий, заметен в удовольствии, которое взрослые получают при курении, еде, поцелуях и оральных формах секса. Оральная стадия, в свою очередь, иногда подразделяется на два этапа. Ранний оральный (инкорпоративный) этап этой стадии развития может быть виден непосредственно после рождения и перед тем, как младенец получил грудь, так как сосательные движения наблюдаются еще до подлинного сосания. С прорезыванием первых зубов в возрасте шести месяцев младенец начинает вести себя все более активно и агрессивно, вступая в орально-садистический этап. Этот более поздний этап был описан Карлом Абрахамом, эмбриологом, которому принадлежит большая часть разработки первоначальной фрейдовской теории психосексуального развития.

Оральную стадию частично перекрывает и сменяет **анальная стадия**. Анально-садистический этап этой стадии заключается в появлении импульса к господству, укреплении мускулатуры тела и усилении контроля над сфинктерами. Анально-ретентивный этап связан с тем, что эрогенная слизистая мембрана ануса также проявляет себя как орган, характеризующийся пассивной сексуальной целью. Из-за этого агрессивное первоначальное выталкивание сменяется удержанием. С этой стадией связаны такие черты характера, как аккуратность, бережливость и упрямство (в совокупности определяющие так называемый «**анальный характер**»).

В конце третьего года сексуальный интерес смещается на генитальный аппарат (фаллос у мальчиков и клитор у девочек) и наступает **фаллическая**

стадия.[13] В отличие от аутоэротических доэдиповых стадий (которые иногда определяют как нарциссические, так как в них отсутствует объект любви), фаллическое удовлетворение требует внешнего объекта. В это время наибольшее удовольствие детям доставляет мастурбация. Именно в это время мужское и женское сексуальное развитие становятся дифференцированными.

На эдиповом этапе (названном так в честь главного героя трагедии Софокла «Царь Эдип») наступает высшая точка инфантильной сексуальности и преодоление усилий данного периода при достижении взрослой сексуальности считается необходимым для нормального развития, тогда как бессознательная фиксация на эдиповых тенденциях является типичной для невротической психики.

На ранних стадиях маленький мальчик совершает «вложение» либидо (**объект-катексис**) в свою мать и идентифицирует себя с отцом. В течение фаллической стадии объект-катексис мальчика к своей матери усиливается и у ребенка появляется желание избавиться от отца и запять его место рядом с матерью (позитивная форма). Угроза кастрации (**кастрационная тревога**) заставляет мальчика отказываться от инцестуозных желаний и подавлять их. Разрешение эдипова комплекса для мальчика подразумевает отказ от его объект-катексиса к матери, что может вести к идентификации с матерью или, что случается чаще, к усилению идентификации с отцом. Ситуация Эдипа часто усложняется в связи с наличием у ребенка бисексуальной склонности. Так, вместо привязанности к матери и двойственного отношения к отцу может иметь место любовь к родителю того же пола и ревнивая ненависть к родителю противоположного пола (негативная форма) или смесь привязанности и двойственного отношения к каждому из родителей. Фрейд отмечал, что у обоих иолов именно относительная выраженность мужских и женских сексуальных тенденций определяет, какого рода идентификация — с отцом или с матерью — возникнет в результате разрешения эдипова комплекса.

Как и для мальчика, для девочки первым объектом любви является мать. В течение фаллической стадии основная эрогенная зона у девочки — клитор. Фрейд полагал, что в ходе превращения девочки в женщину основной эрогенной зоной должно стать влагалище, а также должен измениться пол объекта любви. Период, характеризующийся сильной привязанностью девочки к матери, заканчивается тогда, когда девочка начинает понимать, что ее клитор (биологический эквивалент пениса) имеет не такую уж большую ценность и что у нее нет пениса (девочка думает, что в этом «виновата» ее мать). Согласно классической психоаналитической теории, зависть, испытываемая к мальчикам, которые имеют пенис (**зависть к пенису**), и желание иметь пенис — очень важная женская черта. Желание получить пенис от отца заменяет потребность в пенисе, и именно на этом этапе у девочки развивается эди-

---

[13] Слово «фаллический» было использовано З. Фрейдом для указания на то, что сексуальным объектом являются не гениталии как таковые, а именно фаллос, потому что данная стадия, по его мнению, знает лишь один вид гениталий — мужской. Позднее многие психологи активно критиковали эту «фаллоцентрическую» ориентацию Фрейда.

пов комплекс: она начинает стремиться к обладанию отцом и к избавлению от матери (важной особенностью здесь является то, что если мужской эдипов комплекс разрушается посредством комплекса кастрации, то женский, напротив, вызывается с его помощью). Как и у мальчиков, у девочек данная ситуация осложняется при наличии бисексуальных склонностей: наблюдения свидетельствуют, что девочки задерживаются на эдиповом этапе в течение неопределенного времени и разрешают его поздно и зачастую не полностью. Впрочем, со временем выраженность женского эдипова комплекса уменьшается вследствие неизбежного разочарования в отце.

Период сексуальной латентности начинается примерно в шестилетнем возрасте (возможно, у девочек несколько позже) и заканчивается к началу периода менархе и половой зрелости. Латентность может быть полной или частичной, что зависит от развивающихся в этот период сексуальных запретов. По мере развития индивида либидинозные импульсы могут сублимироваться либо индуцировать противоположные **антикатексисы** (т. е. вкладывать энергию в поддержание вытеснения катектированного процесса), вызывая реакции отвращения, стыда, моральных переживаний и т. п.

Генитальная фаза, которая начинается в период менархе или в период половой зрелости, предполагает подчинение всех источников сексуального чувства доминирующим генитальным зонам. Возникшие ранее либидиозные катексисы могут быть сохранены посредством включения их в сексуальную деятельность (или в предварительные и вспомогательные действия) либо посредством их подавления или сублимации. В период половой зрелости у мальчиков либидо усиливается, у девочек же усиливается подавление, причем особенно сильно подавляется клиторальная сексуальность. В период менархе и половой зрелости преодолевается стремление к кровосмесительному выбору объекта, следствием чего служит уход из-под родительского авторитета. Если предшествующее сексуальное развитие индивида было адекватным, он готов к установлению гетеросексуальных половых отношений.

С точки зрения этой схемы психосексуального развития правильное воспитание рассматривалось Фрейдом как воспитание, гибко изменяющееся в пределах, с одной стороны, удовлетворения, достаточного для того, чтобы создать атмосферу безопасности и удовольствия, и с другой — в пределах, приемлемых по уровню развития фрустраций, чтобы ребенок постепенно (дозированно) учился заменять принцип удовольствия («Я хочу удовлетворения всех моих желаний, в том числе и взаимно противоречивых, прямо сейчас!»), принципом реальности. («Удовлетворение некоторых желаний проблематично, исполнение же наилучших стоит того, чтобы подождать»). Заметим, что Фрейд очень мало говорил о роли родителей своих пациентов. Когда же он обращался к данной теме, то упущения родителей он видел либо в чрезмерном удовлетворении желаний, при котором ничто не подталкивало ребенка к развитию, либо в чрезмерных ограничениях, так что способность ребенка воспринимать суровую реальность оказывалась перегруженной. Воспитание,

таким образом, было искусством балансирования между потворством и ограничением.

До 1910 г. теория влечений на основании этой схемы постулировала: если ребенок чрезмерно фрустрирован или получает чрезмерное удовлетворение на какой-либо ранней стадии своего психосексуального развития (что является результатом конституциональных особенностей ребенка и действий родителей), он будет фиксирован на проблемах данной фазы. Тип невроза понимался как вызванная фрустрацией полная или частичная **регрессия** (защитный возврат) к стадии, обладающей определенным количеством **точек фиксации.** Так, депрессивный индивид рассматривался как тот, которым либо пренебрегали, либо чрезмерно потворствовали ему на оральной стадии развития; в случае появления симптомов навязчивости считалось, что проблемы возникали на анальной стадии; в случае истерии — ребенок был отвергнут или соблазнен, либо и то и другое, на фаллической стадии. Кроме того, на этом этапе развития психоанализа зачастую можно было услышать, что пациент имеет оральный, анальный, фаллический характер в зависимости от того, что кажется центральным в человеке. Сегодня немногие психодинамические терапевты продолжают размышлять только в терминах стадий психосексуального развития или конфликта и понимать патологию, используя исключительно понятия задержки развития или конфликта на определенной стадии, но большинство из них в той или иной степени опираются на эту теорию.

В 1950-1960-х гг. американский психоаналитик Эрик Эриксон переформулировал стадии психосексуального развития в соответствии с межличностными и внутрипсихическими задачами, которые ребенок решает в каждом периоде. Хотя работы Эриксона обычно рассматриваются в рамках эгопсихологии, его теория этапов психосоциального развития во многом созвучна предпосылкам фрейдовской теории психосексуального развития. Одним из наиболее интересных дополнений Эриксона к теории Фрейда (а сам Эриксон видел свою концепцию как дополняющую, а не заменяющую теорию Фрейда) стало изменение названий ранних этапов с целью модификации фрейдовского биологизма.

Так, Эриксон понимал оральную стадию как состояние полной зависимости, во время которой формируется **базовое доверие** (или его отсутствие) — специфический результат удовлетворения или неудовлетворения оральной потребности. Анальная стадия рассматривалась им как стадия достижения **автономии** (или, в случае неправильного воспитания, стыдливости и нерешительности). Помимо туалетного тренинга она может включать в себя широкий диапазон вопросов, относящихся к тому, как ребенок учится самоконтролю и приспосабливается к ожиданиям семьи и появлению более широкого окружения. На фаллической стадии, по его мнению, происходит развитие чувства **базовой эффективности** («инициатива против вины») и чувства удовлетворенности от **идентификации с объектами любви**. Подчеркнем, что Эриксон распространил идею стадий развития и задач этих стадий на пе-

риод всей жизни. Он также разбил ранние фазы на подфазы (орально-инкорпоративная, орально-экспульсивная; анально-инкорпоративная, анально-экспульсивная и т. п.).

В 1950 г. другой американский психоаналитик, Гарри Стэк Салливан, занимавшийся групповым лечением психотических расстройств и подчеркивавший важность межличностных отношений, предложил собственную теорию стадий развития, которая подчеркивала коммуникативные достижения (например, речь или игру), а не удовлетворение влечений.

Еще одним шагом к психоаналитическому осмыслению развития личности стали работы Маргарет Малер, посвященные динамике взаимоотношений матери и ребенка.

Малер предполагала, что нормальное развитие начинается с **нормальной аутистической фазы**, когда младенец «проводит большую часть своего времени в полуспящем, полубодрствующем состоянии», преимущественно сосредоточенный на своих внутренних ощущениях, а не на стимулах внешнего мира. В **нормальной симбиотической фазе** ребенок начинает получать больше удовольствия от внешних стимулов (по большей части исходящих от матери), при этом находясь в иллюзии, что он и мать — единое целое. Кроме того, для такого симбиотического состояния характерна иллюзия всемогущества, ощущение, что весь окружающий мир находится в полной гармонии с желаниями ребенка. Мать непроизвольно поддерживает эти иллюзии, эмпатически угадывая нужды ребенка. Однако уже на этой фазе младенец может напрягать свое тело в ответ на раздражающие стимулы или неприятные ощущения от слияния с телом матери, что является первыми попытками отделиться и обрести собственную независимость. В **фазе сепарации / индивидуации**, в **субфазе дифференциации** происходит «вылупливание из яйца» — ребенок начинает исследовать мир вокруг себя, постепенно отстраняясь от матери и сравнивая окружающие объекты и людей с ней. На этой субфазе впервые появляется **сепарационная тревога** — состояние пониженного настроения и энергетики, возникающее вследствие разлуки с матерью. На **субфазе ранней практики** ребенок использует мать как «базу», путешествуя в мир окружающих вещей (часто полностью поглощенный только ими), но всегда оглядываясь на нее или возвращаясь к ней для эмоциональной поддержки. В случае, если мать испытывает тревожные или амбивалентные чувства в связи с таким отделением ребенка, она может преждевременно или без особых причин прерывать исследовательскую деятельность малыша и вселять в него свою тревогу. На субфазе практики у ребенка развивается «любовный роман с миром»: ребенок переживает восторг от свободного освоения мира, зачастую забывая о присутствии матери. На **субфазе повторного сближения** ребенок снова начинает остро осознавать свою потребность в ней, в ее эмоциональной поддержке и практической помощи. В это время ребенок переживает определенный кризис, который хорошо иллюстрируется разными играми, связанными с убеганием-преследованием: вырываясь и убегая, ребенок внезапно ощущает свою независимость и в то же время может

тут же обрести единство, будучи пойманным. В **фазе консолидации** ребенок разрешает этот кризис путем выработки у себя внутреннего образа матери, который сохраняется даже тогда, когда ее нет рядом.

Теорию Малер обычно относят к теориям объектных отношений, по в ее внутренних предпосылках о фиксации на разных фазах и субфазах преодоления младенческого аутизма и симбиоза и развития чувства индивидуальности чувствуется влияние фрейдовской модели.

Эти постфрейдовские разработки теории стадий развития личности дали возможность психодинамическим терапевтам по-новому взглянуть на проблемы фиксации. Теперь в интерпретациях проблем стало возможным оперировать не только гипотезами о том, что кто-либо слишком рано или слишком поздно был отнят от груди, слишком грубо или слишком небрежно приучен к горшку, соблазнен или отвергнут во время эдиповой фазы. Появилась возможность говорить о том, что затруднения пациентов отражают семейные процессы, которые осложнили им доступ к чувству безопасности, автономии или удовлетворенности своей идентификацией (согласно трактовке Эриксона), или в предподростковый период у них не было близкого друга (точка зрения Салливана), или же госпитализация матери в то время, когда им исполнилось два года, разрушила процесс воссоединения, присущий этому возрасту и необходимый для оптимальной сепарации (в соответствии с гипотезами Малер). Не останавливаясь более подробно на психоаналитических теориях развития, в табл. 1.2 мы приведем лишь сопоставление тех моделей развития личности, которые наиболее активно используются современными психодинамическими терапевтами.

Таблица 1.2

Месяцы	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**	**36**
Фрейд	Орально-инкорпоративная стадия																								
						Орально-садистическая стадия																			
									Анально-садистическая стадия																
												Анально-ретентивная стадия													
																	Фаллическая стадия								

<table>
<tr><td rowspan="4">Малер</td><td colspan="3">Фаза аутизма</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="6">Симбиотическая фаза</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="4">Дифференциация
1-я субфаза</td><td colspan="6">Практика (Practicing)
2-я субфаза</td><td colspan="5">Повторное сближение (Rapprochement)
3-я субфаза</td><td colspan="5">Консолидация
4-я субфаза</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="20">Фазы отделения и индивидуализации</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Эриксон</td><td colspan="12">Базовое доверие против базового недоверия</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="10">Автономия против стыда и сомнения</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="7">Инициатива против чувства вины</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Салливан</td><td colspan="6">Оральный динамизм</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="15">Естественное обучение через «вчувствование» в эмоциональное состояние матери</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="4">Культурное обучение через овладение языком и столкновение интересов ребенка с интересами родителей</td></tr>
<tr><td>Винникот</td><td colspan="5">Интеграция
Крайняя зависимость</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="12">Персонализация от относительной зависимости до относительной независимости</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="6">Объектное отношение</td></tr>
</table>

На втором этапе развития психоанализа Фрейд из одинокого, неторопливого и добросовестного исследователя, периодически представляющего результаты своего труда широкой, но отчасти индифферентной публике, становится главой движения, за короткий срок приобретшего международный масштаб. В 1902 г. у него появляются несколько последователей, с которыми он сначала проводит собрания каждую среду у себя в гостиной, а затем, по мере увеличения числа участников, сборы перемещаются в Медицинский колледж. Несмотря на довольно сильные нападки со стороны медиков, психологов, философов, поборников нравственности и представителей прессы, психоанализ постепенно преодолевает границы венской группы. В разных странах начинают создаваться психоаналитические общества (например, Цюрихское, в состав которого входил известный психиатр Э. Блейлер), основываются периодические издания (в 1909 г. был напечатан первый номер «Международного журнала по психоанализу»), почти ежегодно собираются конгрессы (первый состоялся в 1908 г. в Зальцбурге), публикуются значительные научные работы, и наконец психоаналитическое движение организационно оформляется в виде Международной психоаналитической ассоциации.

Вместе с тем, по мере развития психоаналитического движения, в нем возникают внутренние расколы, связанные с появлением ряда психодинамических теорий (А. Адлера, К. Г. Юнга, В. Штекеля, а позднее Ш. Ференци, О. Ранка, В. Райха и др.), не вписывавшихся в границы учения Фрейда.

В 1914 г. Фрейд начал писать книгу очерков, которая должна была подвести итоги и суммировать все изменения, происшедшие в психоанализе на втором этапе, но Первая мировая война и опыт применения психоаналитической терапии к «военным неврозам» заставили его обратиться к проблемам агрессии и смерти. С Обсуждая истории болезней пациентов, на которых психоаналитическая терапия не оказывала никакого действия, он сравнил процесс отвлечения либидо от реальности внешнего мира и замыкании на Эго с греческим мифом о Нарциссе. В работе «К введению в нарциссизм» Фрейд ввел понятия **первичного нарциссизма** — любви к себе на ранней стадии развития, когда либидо ребенка полностью обращено на себя и которая предшествует любви к другим, и **вторичного нарциссизма** — любви к себе, являющейся результатом изъятия либидо из объекта и обращения его вновь на Эго. Эта работа стала важной вехой в истории развития психодинамической терапии, так как в ней впервые происходит отход от главных идей теории влечений — дуализма сексуальных влечений и влечений Эго и противопоставления принципа удовольствия и принципа реальности.

В 1920 г. Фрейд опубликовал работу «По ту сторону принципа удовольствия», в которой частично вернулся к своим ранним идеям принципа постоянства и объяснял агрессивные и самодеструктивные тенденции индивида через введение нового понятия — **влечения к смерти (Танатоса).**[14] Этим понятием он обозначает фундаментальную категорию влечений со своей особой энергией, аналогичной либидо[15], нацеленных на полное устранение напряжения, т. е. на приведение живого существа в неорганическое состояние. Согласно его точке зрения, влечения к смерти направлены прежде всего вовнутрь, на саморазрушение, и лишь вторично проявляются в форме влечения к внешней агрессии.

Обосновывая введение этого революционного понятия, Фрейд выдвигает еще несколько идей, имеющих большое значение для практики психодинамической терапии. Так, он говорит о том, что принцип удовольствия ограничивается не только принципом реальности, но и **«потребностью в повторении».** Он описывает пример с собственным внуком, полуторагодовалым Эрнстом, который предавался следующей игре: бросая привязанную за веревку катушку, он заставлял ее то исчезать, то вновь появляться. Эта игра сопровождалась следующими выразительными восклицаниями: «О-о-о-о», т. е. «сильно», «далеко» — когда катушка исчезала, и «Да», «Вот», когда она вновь появлялась. Фрейд сделал вывод, что этим своим действием ребенок воспроизводил тяжелую ситуацию ухода матери, а именно травмирующий момент расставания. Клиническая практика лечения неврозов свидетельствовала, что подобное повторение часто встречается и у взрослых: «Повсюду мы наталкиваемся на людей, чьи человеческие взаимоотношения имеют одинаковый исход: возьмем, к примеру, благодетеля, которого через какое-то время в раздражении покидает каждый из его протеже, при всем различии или сходстве последних, благодетель же, кажется, обречен испить всю горечь неблагодарности; или человек, дружба которого всегда заканчивается предательством со стороны его друга; или человек, который время от времени в течение всей своей жизни возводит кого-нибудь на пьедестал великого личного или общественного авторитета, а затем, через определенный промежуток времени, свергает этот авторитет и заменяет его новым; или любовник, каждая из любовных связей которого проходит через одни и те же фазы и достигает одних и тех же результатов» (цит. по: Кан).

Кроме того, Фрейд, вслед за английским психоаналитиком Барбарой Лоу, сформулировал **принцип нирваны,** объясняющий причины влечения к смерти: это «...тенденция к ослаблению, постоянству, подавлению внутреннего напряжения, связанного с возбуждением» (цит. по: Лапланш, Понталис, с. 364). В отличие от введенного ранее **принципа постоянства,** под которым имелась в виду тенденция к сохранению постоянного энергетического уров-

[14] Как убедительно показывает А. Эткинд, введение и развитие этого понятия З. Фрейдом во многом связано с работами русского психоаналитика Сабины Шпильрейн.

[15] Позднейшие авторы, развивавшие эти идеи, предлагали называть такую энергию «мортидо» или «деструдо», но данные термины не прижились.

ня, принцип нирваны подразумевал глубинную направленность на полное устранение возбуждения.[16]

По Фрейду, влечение к смерти противостоит **влечению к жизни (Эросу),** под каким понятием он объединил все выявленные им влечения. Этим противостоянием объясняются состояния грусти и меланхолии, суицид, несчастные случаи, вредные привычки, преступления, совершаемые с бессознательным стремлением быть уличенным, а также такие сексуальные перверсии, как садизм и мазохизм.

Отметим, что концепция влечения к смерти — практически единственное из заявлений Фрейда, которое вызвало бурю протеста среди его ортодоксальных сподвижников, воспользовавшихся преимущественно языком морального осуждения. И поныне это один из самых спорных моментов психоанализа. С одной стороны, несмотря на то что «не было обнаружено ни одного биологического наблюдения, которое подтверждало бы идею инстинкта смерти — идею, которая противоречит всем принципам биологии» (Райкрофт, с. 58), эта идея составляет существенную часть психоаналитической теории М. Кляйн (речь о которой пойдет чуть дальше). С другой стороны, многие современные психодинамические терапевты рассматривают эти фрейдовские положения как метафизические.

На **третьем этапе развития психоанализа** (1923-1939 гг.) была разработана структурная модель психического функционирования. В ней психоаналитики переместили свой интерес с *содержания* бессознательного на *процесс*, посредством которого это содержание удерживается вне сознания, и с этих позиций откорректировали основные психодинамические понятия.

Исследуя обнаруживаемое у пациентов бессознательное чувство вины, а также учитывая ряд несоответствий и противоречий, возникших в ходе практического применения топографической модели психического функционирования, Фрейд выдвинул новую (а точнее, усовершенствованную) теоретическую модель, в которой новые определения не полностью заменяли старые, а скорее соседствовали с ними. В своей работе «Я и Оно» он сформулировал основные положения **структурной модели (вторичной топики),** согласно которым психика членится на составляющие, названные им Ид (Оно), Эго (Я) и Суперэго (Сверх-Я).

Оно (Ид) — самая древняя из трех инстанций (приблизительно соответствующая бессознательному в первой топике) содержит в себе исходные инстинктивные влечения со всеми наследственными и конституционными элементами. С точки зрения экономического подхода Оно является первичным резервуаром психической энергии. Его деятельность направлена на обеспечение немедленной и свободной разрядки возбуждения. Соответственно эта часть психики управляется принципом удовольствия и функционирует в соответствии с первичными процессами.

---

[16] В более ранних работах З. Фрейда эта тенденция называлась также **«принципом инерции».**

По мере созревания и развития, а также вследствие взаимодействия с внешним миром часть Ид (прежде всего телесная, которая формируется из ощущений тела) претерпевает изменения и превращается в **Эго**. Несмотря на то что Эго также стремится к удовольствию, эта инстанция функционирует в соответствии с принципом реальности и является колыбелью вторичных процессов. Первостепенной функцией Эго Фрейд считал задачу самосохранения. Эго контролирует произвольные действия, становясь между переживанием потребности и действием в соответствии с данной потребностью. Эго имеет дело с внешними событиями, задействуя восприятие и память, избегая чрезмерных стимулов, приспосабливаясь к умеренным стимулам и способствуя совершению действий, целью которых является изменение внешнего мира с учетом своей выгоды. Касаясь внутренних событий, связанных с инстанцией Ид, Эго пытается управлять влечениями, принимая решения, касающиеся выбора времени и способа их выполнения, или подавляя обусловленное этими требованиями возбуждение. Фрейд сравнивал Ид с лошадью, а Эго — с наездником. Он отмечал, что, как правило, Эго оказывается слабее Ид, поэтому Эго привыкло преобразовывать желания Ид в действия так, будто желания Ид являются его собственными желаниями.

Таким образом, Эго служит посредником между требованиями Ид и ограничениями реальности и этики. Оно имеет как сознательный, так и бессознательный аспекты. Сознательный аспект — то, что большинство людей понимает под термином «Собственное Я» (Самость), или «Я», в то время как бессознательный аспект включает в себя механизмы психологической защиты.

Третью инстанцию, **Суперэго (или Сверх-Я)** Фрейд рассматривал как формирующуюся в пределах Эго и являющуюся чем-то вроде осадка или остатка ранних конфликтов и идентификаций в детской психике, в особенности связанных с родителями или другими близкими людьми. Главной функцией Суперэго, которое поглощено самонаблюдением, является подавление требований Ид посредством морального влияния на Эго. Согласно коррективам, внесенным в теорию развития на базе второй топики, первоначально ребенок инстинктивно прибегает к самоотречению из-за боязни потерять любовь или из-за опасения агрессии со стороны внешнего, или родительского, авторитета. Впоследствии, после усвоения внешнего сдерживающего начала, инстинктивное самоотречение возникает из-за страха перед внутренним авторитетом — Суперэго.

Для Суперэго характерно наличие Эго-идеала, основанного на восхищении совершенством, которое ребенок усматривает в родителях, и на стремлении им подражать. Часто эти понятия выступают как синонимичные. Сам Эго-идеал состоит из предписаний типа «ты должен быть таким...» и запретов типа «ты не должен быть таким...». В основе этих предписаний и запретов лежат прежде всего идентификации и подавления, являющиеся результатом разрешения эдиповой стадии (отметим, что современные аналитики находят их истоки гораздо раньше — в примитивных представлениях младенца о том, что хорошо и что плохо). Они представляют собой то, что близко к обыден-

ному пониманию совести. Действия, совершаемые индивидом вопреки «голосу совести», с большой степенью вероятности способствуют возникновению чувства неполноценности и вины, а также ощущению потребности в наказании.

Очевидно, что по сравнению с моделью предыдущего этапа в структурной теории расстановка акцентов меняется. Здесь роль Эго сводится к функции посредника, разрешающего проблемы, которому каждую минуту приходится сталкиваться с требованиями, возникающими в Ид и в Суперэго, а также с требованиями окружающей среды. Чтобы удовлетворять этим, часто противоречивым, требованиям, Эго приходится временами идти на очень сложные компромиссы. Эти компромиссы в конечном счете могут привести к симптомам, которые, при всей их патологичности, представляют тем не менее наилучший вариант адаптации, возможный в данных обстоятельствах. Подобные компромиссы имеют непосредственное отношение к формированию характера и личности, к выбору профессии и объектов любви и ко всему остальному, что придает любому человеку свойство неповторимой индивидуальности.

В 1933 г. нацисты сожгли книги Фрейда. Фрейд прокомментировал это так: «Какой прогресс! В Средние века они сожгли бы меня, теперь они довольствуются сожжением моих книг». После аншлюса Австрии в 1938 г. Фрейду было разрешено уехать в Лондон, где он скончался в 1939 г.

Четвертый этап развития психоанализа, начавшийся уже после смерти Фрейда, представлен преимущественно трудами других исследователей-психоаналитиков, которыми был сделан весьма весомый вклад в развитие теории и практики психодинамической терапии. Далее мы рассмотрим вклад эгопсихологии, традиции объектных отношений, сэлф-психологии и структурный психоанализ Ж. Лакана.

Эго-психология.

Важным толчком в развитии теории и практики психодинамической терапии явилось появление в 1936 г. работы дочери Фрейда, представительницы **континентальной школы психоанализа,** Анны Фрейд «Эго и механизмы защиты», а в 1939 г. — книги Хайнца Хартмана «Психология эго и проблема адаптации».

В своей работе Анна Фрейд рассматривала роль защитных механизмов в условиях нормального психического функционирования личности. Она расширила понятие защиты, включив в него как защиту против опасностей, угрожающих со стороны внешнего мира, так и против угроз, связанных с внутренними инстинктивными импульсами.

Хартман уделял особое внимание врожденному развитию того, что он называл **сферой Эго, свободной от конфликтов.** В противоположность Фрейду, которого интересовали прежде всего клинические данные индивида и возможности развития у него специфических навыков и способностей, помогающих справиться с конфликтной ситуацией, Хартман придерживался точки зрения о том, что существует множество сторон нормально функциони-

рующей психики, которые следуют автономному курсу развития и не являются результатом интрапсихического конфликта.

В дальнейшем эгопсихология как направление стала отражать взгляды тех психоаналитиков, которые сосредоточили свое внимание на процессах нормального и патологического функционирования Эго.

Основываясь на структурной модели, представители эгопсихологии предложили новые пути в понимании некоторых типов патологии. По их мнению, каждый индивид развивает защитные реакции Эго, которые могли быть адаптивными в детстве, в семье, но могут оказаться неадаптивными во внесемейной реальности.

Важным нововведением как для терапии, так и для психодинамической диагностики явилось представление о том, что Эго обладает широким диапазоном действий — от глубоко бессознательных (например, примитивные чувственные реакции на события, блокируемые такой мощной защитой, как отрицание) до полностью осознаваемых. В рамках этого представления сложилась рабочая модель, согласно которой в течение процесса психоаналитической терапии **«наблюдающее Эго»** — сознательная и рациональная часть психики, способная комментировать эмоциональное состояние, формирует **терапевтический альянс** с психоаналитиком в целях понимания вместе с ним всего Эго, в то время как **«переживающее Эго»** вмещает в себя более внутренний (чувственный) смысл того, что происходит в терапевтических взаимоотношениях.

«Терапевтическое расщепление Эго» стало рассматриваться как необходимое условие эффективной аналитической терапии. В случае, если пациент оказывался не способен говорить с позиции наблюдателя о менее рациональных, более глубинных эмоциональных реакциях, первой задачей становилась помощь в развитии этих способностей. Присутствие или отсутствие наблюдающего Эго стало прогностическим критерием первостепенной важности, поскольку **дистонность** (чуждость наблюдающему Эго) симптома или проблемы делало процесс психотерапии гораздо более быстрым и эффективным, нежели **синтонность** проблем, т. е. восприятие их пациентом как вполне органичных и в связи с этим не заслуживающих внимания. Это открытие привело к появлению таких терминов, как **«Эго-дистонный»** или **«Эго-синтонный» личностный стиль.**

Кроме того, учет важной роли Эго в восприятии и адаптации к реальности позволил ввести такое понятие, как **«сила Эго».** Под ним подразумевается способность личности к восприятию реальности, даже когда она чрезвычайно неприятна, без использования более ранних (примитивных) психологических защит (например, отрицания). В связи с этим по мере развития психодинамической практики стали проводиться различия между **архаичными и зрелыми психологическими защитами.** Под первыми стали понимать психологическое избегание или радикальное отвержение беспокоящих жизненных фактов, а под вторыми — включение в себя большей приспособляемости к реальности.

Эгопсихологи также предположили, что для психологического здоровья необходимы не только зрелые защитные реакции, но и способность использовать разнообразные защитные процессы. Другими словами, стало очевидно, что человек, отвечающий на любой стресс привычным для него образом (скажем, проекцией), не столь психологически благополучен, как человек, пользующийся различными способами в зависимости от обстоятельств. В связи с этим в работах этого периода стали использоваться и развиваться такие идеи, как **«ригидность» личности** или **«панцирь характера».**

Применение понятий «синтонности» и «дистонности» к Суперэго также имело важное диагностическое значение. Так, например, пациент, заявляющий, что он плохой, поскольку у него возникают негативные мысли и чувства по отношению к собственным родителям, в клиническом плане отличается от пациента, утверждающего, что «часть его» чувствует, что он плохой, когда у него возникают подобные мысли. Обоих пациентов следует рассматривать как депрессивные личности, склонные к самообвинению, но проблема первого пациента намного глубже, чем второго.

Помимо этого развитие концепции Суперэго в рамках эгопсихологии привело к тому, что психотерапевты перестали рассматривать цель психодинамической терапии исключительно как попытку сделать бессознательное содержание сознательным. В рамках эгопсихологии задача психотерапии включает в себя изменение слишком жесткого Суперэго пациента на более адекватное.

Еще одним достижением эгопсихологии стала попытка понимания проблем пациента на основании не только теории фиксации на определенной фазе развития, но и в соответствии с характерными для него способами справляться с тревогой.

Школа объектных отношений.

В то время как эгопсихология намечала пути теоретического понимания пациентов, психологические проблемы которых описывались структурной моделью, некоторые теоретики в Европе (особенно в Англии) были привлечены другими типами бессознательных процессов и их проявлениями. Разрабатывая теорию и практику детского психоанализа, а также работая с пациентами, которых Фрейд счел бы слишком сильно «нарушенными», чтобы использовать в их лечении психоанализ, представители **британской школы психоанализа**, как и А. Фрейд, пришли к выводу, что им необходим другой язык описания наблюдаемых процессов. Отметим, что долгое время их работы оставались противоречивыми, отчасти из-за личностных качеств, склонностей и убеждений представителей школы, отчасти из-за неизбежных трудностей, сопровождающих попытки научного описания довербальных и дорациональных явлений. Кроме того, несмотря на то что они опирались на концепцию бессознательного, во многих вопросах они расходились с классической теорией Фрейда.

Так, психоаналитики, находившиеся под влиянием Ш. Ференци, занимались изучением примитивного опыта любви, одиночества, творчества, интеграции собственного «Я» — явлений, не вписывающихся в рамки структурной теории. Они, как и другие представители школы объектных отношений, уделяли внимание не столько тому, какое желание не получило должного обращения в детстве, или тому, какая стадия была плохо пройдена, или какие защитные реакции Эго доминируют, сколько тому, каковы были главные объекты в мире ребенка, как он их переживал[17], как они и их чувственные аспекты были интернализованы и как их внутренние образы и **репрезентации** (представления о них) продолжали существовать в бессознательном взрослого. В традиции объектных отношений тема эдипова комплекса вырисовывалась не так отчетливо, как другие темы, например сепарации и индивидуации.

Акцент на доэдиповых стадиях развития, использование понятий интроекции и проекции как ключевых, а также введение влечения к смерти как клинического понятия образуют основы анализа Мелани Кляйн, которая является одной из ведущих фигур современного европейского психоанализа (хотя ее работы оказали сравнительно небольшое влияние на американские направления).

В своих работах 1920-60-х гг. Кляйн писала, что развитие Эго должно рассматриваться не как прохождение «Я» по стадиям, на которых используются различные психологические защиты, а как процесс постоянной интроекции и проекции. Так, в первые месяцы жизни ребенок никак не может отличить свое собственное Эго от окружающего мира. В соответствии с этим, в отличие от зрелого взрослого человека, рассматривающего свои эмоциональные реакции, вызванные внешними объектами, как субъективные, ребенок приписывает их внешним объектам. То, что доставляет ему удовольствие, расценивается им как **«хороший объект»,** а то, что причиняет боль, — как **«плохой объект».** Таким образом, первоначально мир ребенка становится населенным хорошими и плохими объектами, от которых он ожидает по отношению к себе поведения, соответствующего качествам, которые он им приписал.

Первым объектом ребенка является материнская грудь. Иногда она легко кормит молоком, полностью удовлетворяя потребности ребенка, а порой дает его мало или не дает вовсе. Для младенца голод — пугающая ситуация, и не только потому, что кормление чрезвычайно важно для пего, но также и потому, что «...очень маленький ребенок, не более чем с минимальным понима-

---

[17] Причина, по которой аналитики проводят различие между действительными объектами и их восприятием детьми, особенно младенцами, состоит в том, что дети могут неправильно воспринимать важные семейные фигуры и их мотивацию и сохранить это неправильное восприятие при интернализации. Например, девочка, отец которой уехал на заработки, когда ей было два года, будет неизбежно считать, что была для него не очень важна. И напротив, мальчик может рассматривать свою бабушку как чуть ли не святую потому, что она всегда относилась к нему с теплотой. В то же время бабушка может в действительности оказаться деструктивной фигурой, действующей исходя из чувства соперничества со своей дочерью, подрывая расположение ребенка к матери и срывая попытки матери полюбить своего сына. Его внутренние объекты будут включать в себя любящую бабушку и холодную, отвергающую мать.

нием времени, не способен переносить напряжение; он не располагает знанием, столь утешительным для человеческих существ постарше, о том, что утрата, фрустрация, боль и дискомфорт обыкновенно всего лишь временные явления, за которыми последует облегчение. Следовательно, даже самое малое изменение ситуации (например, менее уютная поза или жмущая одежда, малейшие затруднения при захвате соска или извлечении молока) превратит приятный удовлетворяющий стимул в неприятный и раздражающий. Таким образом, ребенок может как любить, так и ненавидеть один и тот же объект в быстрой последовательности или чередовании, и его любовь и ненависть, вероятно, склонны действовать но принципу "все или ничего" — здесь нет ограничений и количественных вариаций, присущих последующей жизни» (цит. по: Браун). Этот тип эмоциональной реакции маленького ребенка («все или ничего»), а также тот факт, что его эмоции спроецированы во внешний мир, позволяют Кляйн говорить о том, что, в сущности, тот живет в мире, населенном богами и бесами, — в мире, который порой кажется небесами, а порой сущим адом (последовательница Кляйн Т. Е. Мани-Кирль полагает, что сами эти понятия развились из забытых воспоминаний раннего детства). Кипение эмоций, связанных с завистью к груди, а также ненавистью и яростью, являющимися проявлениями влечения к смерти, особенно пугающе, поскольку, согласно Джоан Ривьер, находясь в таком состоянии, «...ребенок испытывает припадки удушья; его глаза ослепляют слезы; уши не воспринимают звуков, глотка воспаляется; кишечник спазмирует, его обжигают собственные испражнения» (там же).

В связи с тем что в первые месяцы жизни преобладающее значение имеют два биологических процесса — поглощение и выделение (молоко из материнской груди поглощается при помощи рта и, переварившись, в виде испражнений выделяется вовне), приверженцам кляйнианской теории представляется вероятным, что наиболее ранние психические состояния и представления ребенка основаны на этих физиологических актах. Так, процесс поглощения является тем, что можно описать как «интроецирование», а процесс выделения представляет собой «проецирование». Ребенок желает поглощать только хорошие объекты, например удовлетворяющую грудь, и коль скоро он это делает, он обретает способность мыслить себя самого в качестве хорошего и «целого», а не просто как массу конфликтующих ощущений (Мани-Кирль полагает, что на этом типе интроекции основано понятие устойчивой самости). Однако либо потому, что жадность, с которой он берет грудь, частично агрессивна по своей природе, либо потому, что интроекция используется также в качестве средства контроля или уничтожения плохих объектов, порой плохие объекты кажутся проникшими вовнутрь. От таких проявлений собственной агрессии ребенок может избавиться с помощью либо деструктивных действий, либо процесса проецирования. Когда спроецированные плохие объекты, представляющие собственную агрессию ребенка, вновь осаждают его, возникает то, что Кляйн называет **«шизоидно-параноидной» позицией.** Наглядными проявлениями этих чувств расщепле-

ния и преследования являются гневные истерики и негативные состояния периода роста зубов, при которых ребенок может отказываться от пищи и яростно вопить. Однако большей частью нормальные дети перерастают подобные состояния, хотя некоторый остаточный элемент сохраняется, включаясь позже в чувство вины, представляющее собой черту всякого цивилизованного существа.

Далее, согласно теории Кляйн, на более поздней стадии ребенок совершает новое и очень болезненное открытие — хорошие и плохие объекты, с которыми он сталкивался в первые месяцы жизни, представляют собой различные аспекты его матери. Как раз в то время, когда реальность и воображение еще не достаточно дифференцированы и агрессивные желания представляются обладающими магической силой, ребенку начинает казаться, что он столкнулся с опасностью разрушения или уже разрушил персону, в которой он более всего нуждается и которую больше всего любит. Это открытие приводит к формированию **«депрессивной» позиции.** Именно потому, что это состояние является болезненным, в это время развивается тенденция возвращения к шизоидно-параноидной позиции с ее отделенными друг от друга хорошими и плохими объектами.

Считается, что многочисленные чередующиеся состояния расщепления-преследования и депрессии могут возникать до того, как депрессивная позиция уже вполне достигнута и в конце концов оставлена позади. Ребенок перерастает свой депрессивный период, когда постоянное присутствие матери постепенно приводит к осознанию того, что агрессивные желания менее убедительны, чем опасался ребенок. И все же, как и в случае шизоидно-параноидной позиции, остатки депрессивной позиции всегда сохраняются. Депрессивный элемент чувства вины и тенденции взрослой личности преувеличивать «хорошесть» и «плохость» всего, с чем она сталкивается, являются этими остатками.

Поскольку элементы как шизоидно-параноидной, так и депрессивной позиции включаются в чувство вины индивида, Мани-Кирль полагает, что можно определить два крайних типа Суперэго (или совести), хотя полный спектр, разумеется, будет располагаться между этими двумя полюсами. На одном краю находится тип, почти исключительно сформированный на страхе наказания (шизоидно-параноидной позиции), а на другом — тип, конституировавшийся преимущественно на боязни травмировать или разочаровать любимый объект (депрессивная позиция). Первый будет склонен отвечать на чувства вины путем умилостивления, а второй — возмещения, представитель первого будет склонен к авторитаризму, а второго — к гуманизму.

К возрасту двух-трех месяцев, когда начинает разрушаться шизоидно-параноидная позиция, представления ребенка об агрессии начинают обуславливаться оральным уровнем развития. Агрессия принимает форму фантазий о кусании, разрывании и высасывании, которые, будучи спроецированными на мать, порождают образ ужасающей фигуры, призванной рвать, раздирать,

потрошить и разрушать (возможно, образ ведьмы, фигурирующий во множество сказок разных народов мира, порожден именно этой фантазией).

Для более полного понимания нововведений этой школы в теорию и практику психодинамической терапии в табл. 1.3 приведено сравнение взглядов А. Фрейд и М. Кляйн на примере психоаналитической работы с детьми.

Таблица 1.3

А. Фрейд	М. Кляйн
По отношению к классической теории	
Признает ортодоксальную теорию, однако претендует на открытие неразработанной области доэдиповых стадий.	Признает ортодоксальную психоаналитическую теорию, в то же время придавая Эго и защитным механизмам большее значение, чем это делалось прежде.
Факторы окружающей среды гораздо менее значительны, чем думали прежде.	Хотя неосознанные и инстинктивные факторы имеют огромное значение, такие факторы окружающей среды, как отношение к ребенку родителей, столь же важны. В значительной степени проблемы ребенка претерпевают изменения вместе с изменениями окружающей среды.
Может быть продемонстрировано наличие предшественников Суперэго на протяжении первых двух лет жизни.	Суперэго возникает на четвертом году жизни.
Важнейшие влечения — агрессивные.	Важнейшие влечения — сексуальные.
Всякий анализ, оказавшийся не в состоянии проникнуть к стадиям инфантильной тревоги и агрессивности с целью их разрешения, является совершенно неполным.	Основная задача анализа — устранение вытеснения и разрушение компромиссных (защитных) образований.
В отношении практики	
Детей можно подвергать анализу начиная с трехлетнего возраста и старше.	Можно подвергать анализу детей с двухлетнего возраста, для того чтобы успешнее разрешать самые ранние конфликты.

Детали применяемого метода зависят от возраста ребенка. Для детей, находящихся в периоде до латентной фазы, расслабление на кушетке и свободные ассоциации являются неподходящими техниками. Поэтому детям разрешается прохаживаться, говорить, рассказывать истории и сны или играть, и все эти виды деятельности используются в интерпретации, которая, как и в случае со взрослыми, носит постепенный характер.	Метод сосредоточен вокруг фантазируемой жизни ребенка, раскрывающейся в игре. Интерпретации даются непосредственно, и даже самые глубокие интерпретации могут быть даны во время первой встречи.
Материал, с которым аналитик имеет дело (по крайней мере, в виде интерпретаций), включает широкий спектр сексуальных и агрессивных фантазий из первого года жизни (в том числе эдиповы желания, желание разрушить материнское тело, а также стремление инкорпорировать отцовский пенис).	При психоанализе маленький ребенок отличается от взрослого по двум пунктам: 1) Эго маленького ребенка не развито, и его основной проблемой является достижение контроля над своими примитивными инстинктами. Поэтому при анализе ребенка (так же как и при анализе психотического больного) необходима осторожность при интерпретациях. 2) Маленький ребенок не развивает типичного невроза переноса; он постоянно реагирует на актуальную ситуацию и в своей реакции не репродуцирует переживания прошлого на аналитика.
Требуется содружество родителей как в обеспечении регулярности визитов ребенка к аналитику, так и в предоставлении информации и отчетов о прогрессе. Аналитик не делает никаких попыток давать советы или менять семейную ситуацию ребенка. Напротив, аналитик заинтересован в сохранении семейной ситуации без изменений на протяжении терапии, так как он стремится изучить генезис симптомов и характера ребенка.	Родители не вовлекаются, так как вымышленная жизнь ребенка намного важнее.

В. Фейербейрн, полностью отвергая биологизм классической теории Фрейда, предложил теорию, основанную на понятии центрального Эго,

ищущего связи с объектами, в которых оно может найти поддержку. В своей работе 1941 г. «Пересмотренная психопатология неврозов и психоневрозов» он описал психическое развитие личности в терминах объект-отношений, утверждая, что психозы и неврозы отличаются не регрессиями к тем или иным стадиям развития, а использованием различных приемов на протяжении второй стадии развития — переходной стадии, или стадии квазинезависимости. Придавая фундаментальное значение событиям двух оральных стадий (и, заметим, полностью отвергая анальную и фаллическую стадию), он пишет, что во время первой стадии, **стадии инфантильной зависимости,** младенец объективно полностью зависит от естественного объекта — материнской груди, а в связи с этим первоначально в его отношении к ней нет амбивалентности. Но неизбежный опыт фрустрации и отказов с ее стороны ведет к **шизоидной позиции,** во время которой эго младенца расщепляется на три части. Две из них — **либидное Эго** (соответствующее Ид в классической теории) и **антилибидное Эго**, или **внутренний диверсант** (менее точно соответствующее Супер-эго) — оказываются связанными с двумя противоположными восприятиями груди: как принимаемого (побуждающего) объекта и как отвергаемого (отвергающего) объекта соответственно. Третья часть Эго младенца становится **центральным Эго** (которое соответствует понятию Эго в классической теории).

По мнению Фейербейрна, шизофрения и депрессия этиологически связаны с нарушениями развития во время стадии инфантильной зависимости. В общих чертах этот процесс сводится к следующему.

В период ранней оральной стадии, пока материнская грудь является хорошей, ее содержимое инкорпорируется. Но в условиях фрустрации возникает тревога по поводу того, что объект вместе с его содержимым может быть инкорпорирован и, таким образом, уничтожен. Поскольку на этой стадии амбивалентной ситуации еще нет, проблема, стоящая перед фрустрированным младенцем, заключается в том, что он мог непреднамеренно разрушить свой любимый объект и что, следовательно, его любовь деструктивна и опасна. Это формирует основание шизоидных реакций у индивида, которые в дальнейшем проявляются в том, что человек на протяжении всей жизни будет испытывать опустошающее чувство, будто его любовь плоха и деструктивна, вследствие чего он будет склонен избегать глубоких эмоциональных взаимоотношений.

В период поздней оральной стадии естественный объект становится матерью с грудью, и когда он представляется плохим, он может быть покусан, а его плохой аспект инкорпорирован с целью установления над ним контроля. Амбивалентность с ее путаницей между любовью и ненавистью в этот период вызывает во фрустрированном младенце основную проблему, заключающуюся в том, как любить объект, не разрушая его ненавистью. Это служит основанием депрессивных реакций, проявляющихся в ощущении индивида, что его любовь по меньшей мере хороша, и следовательно, он сохраняет спо-

собность поддерживать отношения с окружающими объектами, однако при этом эти отношения всегда будут амбивалентно окрашенными.

Неврозы же, с точки зрения Фейербейрна, отражают действие различных приемов на протяжении следующей, **переходной стадии**, или **стадии квазинезависимости,** когда ребенок достигает частичной независимости от матери, манипулируя принимаемыми и отвергаемыми объектами, созданными в период шизоидной позиции. При **обсессивном приеме** он представляет, что оба объекта находятся внутри него, и в связи с этим достигает определенной степени независимости за счет осуществления контроля над «плохим» (отвергаемым) объектом. В случае **истерического приема** он представляет, что принимаемый объект находится вовне, а отвергаемый — внутри него. При **фобическом приеме** он представляет, что принимаемый и отвергаемый объекты находятся вовне. Наконец, при **параноидном приеме** принимаемый объект представляется внутри, а отвергаемый — снаружи.

Третьей и последней стадией Фейербейрн считал **стадию зрелой зависимости,** для которой характерна установка давания, когда как принятые, так и отвергнутые объекты уже экстериоризированы.

Рене Спитц, исследуя младенцев в детских домах, подчеркивал важность **аффективной взаимности матери и младенца**, благодаря которой в любых отношениях (в том числе и психотерапевтических) стимулируется познавательная активность и интеграция знаний и навыков. Под взаимностью он понимал многоуровневый невербальный процесс, оказывающий влияние как на субъекта, так и на объект и включающий аффективный диалог, который является чем-то большим, чем просто привязанность.

Дальнейший шаг вперед по пути разработки теории объектных отношений сделал английский педиатр Дональд Вудс Винникотт. Многие годы наблюдая в своей практике взаимодействие между матерью и ребенком, он выдвинул тезис о том, что «нет такой вещи, как младенец» (цит. по: Тайсон Р., Тайсон Ф.), чем подчеркивал, что, начиная с самого раннего детства, человеческая психика может развиваться и укрепляться лишь в диадных отношениях субъект—объект. Кроме того, он впервые стал говорить о том, что при развитии личности объект важен не только как внутренний объект, который имеет специфические индивидуальные характеристики из-за особенностей жизненного опыта (например, проективных и интроективных идентификаций), но и как внешний объект. Вводя такие конструкты, как «мать — окружающая среда», «первичная забота матери», «достаточно хорошая мать» и т. д., он говорил о том, что при анализе развития главным должно являться то, как первичный объект — мать входит в отношения с ребенком, как она умеет выполнять свои обязанности, достаточно ли она хороша, чтобы удовлетворить все нужды ребенка, и как все это способствует росту ребенка либо затрудняет его. В построениях Винникотта теория влечений (при которых объект имел вторичное значение) становилась уже не такой важной. Важность приобретал объект, который мог удовлетворять нужды ребенка.

Исследуя диадные отношения «мать—ребенок», Винникотт ввел понятие о **переходных (транзиторных) феноменах.** Наблюдая, как, например, уголок одеяла, будучи ассоциированным с приятным взаимодействием с матерью, помогает младенцу успокоиться во время ее отсутствия, он предположил, что переходный объект является символом, помогающим установить связь между «я» и «не-я» тогда, когда младенец осознает разлуку.

Кроме того, в теории Винникотта возникла новая концепция функций объекта: для описания психологических взаимоотношений между матерью и ребенком он ввел понятие **холдинга**. По его словам, «холдинг — это все, что мать делает, и все то, чем она является для своего грудного ребенка» (Винникотт, 1998, с. 5). Согласно концепции Винникотта об «истинном Я» и «ложном Я», младенец с самого начала настроен на объект и обычная старательная мать наверняка не оправдывает его ожиданий. В результате этого ребенок просто подчиняется ее желаниям, жертвуя потенциалом своего «истинного Я» и образуя «ложное Я». Однако объект-мать помимо того, что она кормит субъекта-ребенка, держит его в телесном контакте с собой, приспосабливается к его ритмам и нуждам, защищает и приводит к зрелым психическим процессам (например, символизации), т. е. предоставляет себя ребенку как основу для удовлетворения всех его нужд, а также выполняет функцию создания у него иллюзий. Она допускает и даже пробуждает у ребенка иллюзии о том, что он в своем всемогуществе творит объект-мать, что он соединен с матерью в некую всемогущую цельность. Лишь с помощью этих иллюзий, по мнению Винникотта, ребенок может защититься от ощущения собственного бессилия, способного разрушить его детскую психику. Такой иллюзией мать также создает у ребенка ощущение доверия к миру. Однако по мере созревания ребенка и укрепления его психики мать-объект должна постепенно удаляться и все меньше быть в распоряжении иллюзии их всемогущей цельности.

Объясняя тяжелую психическую патологию, Винникотт пишет, что внешний объект со своим внутренним миром, отягощенным глубокими неосознанными проблемами, специфически исполняя функцию холдинга (например, недостаточно или вообще не «отзеркаливая» аффекты), может сильно отягощать развитие ребенка или даже деструктивно затруднять его. Именно с помощью такого механизма он объясняет депрессивную пограничную и психотическую патологию в семьях.

Оригинальную концепцию **контейнирования** во взаимоотношениях объекта-матери и субъекта-ребенка ввел Уилфред Р. Байон. Он считал, что с помощью доступных ребенку экспрессивных средств он запускает во внешний мир (в форме проективных идентификаций) некие ощущения (**бета-элементы**), которые еще не способен представить в своей незрелой психике. Чтобы понимать и разбираться в них, давая им мыслимое представление в собственном сознании, мать обращается не только к своим познаниям и воображению, но и к тем впечатлениям, которые пробуждаются в ней благодаря сообщениям ребенка (контейнирует их). Опираясь на эти впечатления,

связанные главным образом с ее опытом (преимущественно детским), она может возвращать ребенку ответ (**альфа-элемент**), адекватный его потребности, которая произвела изначальную проекцию. Этим она предоставляет ребенку измененное изображение ощущений, возникающих у него и проектируемых в нее. Трансформируя, таким образом, грубые психические элементы в элементы, которые можно представлять в воображении, фантазиях, снах и т. п., она дает ребенку возможность обрабатывать их в процессе мышления. Она как бы одалживает ребенку свой психический аппарат для осмысления психических содержаний. Ребенок постепенно интериоризирует этот аппарат и, таким образом, приобретает способность самостоятельно выполнять функцию контейнирования.

В 1950-1970-х гг. формулировки школы объектных отношений нашли свое подтверждение в разработках американских психотерапевтов, называвших себя «межличностными психоаналитиками» и тоже пытавшихся проводить психодинамическую терапию с глубоко нарушенными пациентами (Г. С. Салливан, Э. Фромм, К. Хорни, К. Томпсон, О. Уилл, Ф. Фромм-Райхманн и др.). Однако, в отличие от аналитиков школы объектных отношений, они делали меньший акцент на стойком сохранении бессознательных образов ранних объектов и их отдельных сторон, а сосредоточили свое внимание в основном на межличностной коммуникации.

В этом они опирались на те предпосылки межличностной теории психотерапии, которые заложил Фрейд, перестав смотреть на переносы пациента как на отклонения, которые следует объяснять, добиваясь их уничтожения, и начав рассматривать их как контекст, необходимый для лечения.

Признание важности взаимоотношений в процессе психодинамической терапии позволило психотерапевтам распространить свое вмешательство в тонкую область переживания клиентами межличностных отношений. Таким образом, теперь они могли расценивать своих пациентов как находящихся в состоянии психологического слияния с другой личностью, где собственное «Я» и объект эмоционально неразличимы, или пребывающих в диадическом пространстве, в котором объекты ощущались как объекты «за» и «против». Понимание перехода ребенка от симбиотического мироощущения (раннее младенчество) через борьбу «я — против — вас» (около двух лет), через более сложные идентификации (три года и старше) стало преобладающим по сравнению с оральной, анальной и эдиповой озабоченностью данных этапов. Эдипова стадия стала рассматриваться как веха не только в психосексуальном, но и в когнитивном развитии, на которой происходит существенный скачок, победа над младенческим эгоцентризмом, заключающаяся в понимании того обстоятельства, что взаимоотношения двух людей (в классической парадигме родителей) могут не иметь ничего общего с самим ребенком (с его собственным «Я»).

Кроме того, концепции европейских теоретиков объектных отношений и американских межличностных аналитиков позволили понять причины многих тяжелых патологий, с трудом поддающихся анализу в терминах Ид, Эго

и Суперэго. Теперь вместо рассмотрения целостного Эго с присущими ему функциями самонаблюдения такие пациенты стали расцениваться как имеющие различные «состояния Эго» — состояния, когда они чувствуют и ведут себя совершенно иначе, чем в другое время. Находясь в тисках этих состояний, они не способны объективно рассматривать то, что с ними происходит, и настаивают, что их нынешнее эмоциональное состояние является естественным и неизбежным в сложившейся ситуации.

Изменились и представления о **контрпереносе** (внутренних реакциях терапевта на пациента). Фрейд рассматривал сильную эмоциональную реакцию на пациента как свидетельство неполного знания аналитика о самом себе и неспособности позитивно относиться к другой личности. Но психоаналитики, работающие с психотическими больными и пограничными пациентами, пришли к выводу, что для понимания настолько дезорганизованных пациентов контрперенос необходим. Так, аргентинский аналитик Генрих Ракер предложил категории **согласующегося (конкорданного)** и **дополняющего (комплементарного) контрпереноса.**

Первый термин обозначает эмпатическое ощущение терапевтом того обстоятельства, что пациент, будучи ребенком, чувствовал по отношению к раннему объекту; второй термин означает, что чувства терапевта (неэмпатичные с точки зрения клиента) соответствуют переживаниям объекта по отношению к ребенку. Это допущение базируется на предположении аналитической теории о том, что общение между младенцем и другими людьми основано на мощных невербальных коммуникациях (прежде всего эмоциональных, интуитивных реакциях). Поэтому всякий раз, входя в межличностный контакт, люди склонны прибегать к опыту раннего младенчества, предшествующему и предвосхищающему вербальное логическое общение. Возникающий при этом феномен **параллельных процессов,** проистекающий из тех же эмоциональных и довербальных источников, впоследствии стал широко использоваться в клинических психоаналитических разборах — супервизиях.

Все эти теоретические нововведения привели к существенным изменениям в технике психодинамической терапии. Во-первых, психотерапевт из нейтрального зеркала превратился в новый интерактивный объект, одновременно придуманный и реальный, с которым можно строить более зрелые и более здоровые объектные отношения (что особенно важно для пациентов с глубокими нарушениями). Во-вторых, в психотерапевтическом процессе происходит смещение акцента от рассмотрения «там и тогда» к «здесь и сейчас», а также от вербальных к невербальным процессам. В-третьих, интерпретация больше не является единственным терапевтическим инструментом: психодинамическая терапия стала использовать чувствительность и аффективную включенность пациента. Теперь признается, что пациент может нуждаться в холдинге, контейнировании, эмпатии, уважении к своему психическому пространству и терапевт должен адекватно реагировать на эти потребности.

В заключение отметим, что представлениям самого Фрейда не были чужды разработки теории объектных отношений. Понимание важности объектов, с которыми актуально взаимодействует ребенок, и того, как младенец их переживает, просматривается в его концепции **«семейного романа»** (описывающей фантазии в эдипов период, посредством которых ребенок в своем воображении изменяет свои связи с родителями, например воображая себя подкидышем), а именно в указании на то обстоятельство, что эдипова стадия может протекать очень различно в зависимости от личности родителей, и, наконец, во все возраставшем внимании к роли взаимоотношений в лечении. Ричард Стерба, один из последних аналитиков, хорошо знавших Фрейда, указывал, как сильно теория объектных отношений обогатила первоначальные наблюдения Фрейда, подразумевая, что Фрейд приветствовал бы развитие этого направления психоанализа.

Сэлф-психология.

В начале 1960-х гг. терапевты, работавшие в рамках психодинамических теорий, вновь столкнулись с тем, что проблемы их пациентов не всегда хорошо описывались на языке этих теорий. Суть жалоб людей, ищущих излечения, не всегда сводилась к проблемам, связанным с влечениями и их фрустрированием, или к негибкому функционированию некоторых защит против тревоги, или к активизации внутренних объектов, от которых пациент неадекватно сепарировался. Как отмечает Н. Мак-Вильямс, «сведение к таким понятиям было возможно, но при этом данному процессу недоставало лаконичности и объяснительной мощи, присущих хорошим теориям» (Мак-Вильямс, с. 56).

Описываемая категория пациентов жаловалась на «внутреннюю пустоту» (т. е. скорее на отсутствие внутренних объектов, чем на охваченность ими), отсутствие жизненных ценностей, смысла жизни и т. п. Внешне они могли казаться очень самоуверенными, но внутренне находились в постоянном поиске подтверждений того факта, что их принимают, любят или ценят. Даже в тех случаях, когда проблемы, о которых говорили клиенты, касались других тем, в них можно было обнаружить внутренние сомнения в собственной ценности и неустойчивость самоуважения.

Первоначально пациенты с хронической потребностью во внимании окружающих расценивались как нарциссические личности. Подтверждением этого, по мнению аналитиков, служил характер контртрансферентных реакций на них: психотерапевты, лечившие таких пациентов, сообщали, что испытывали чувство собственной незначительности, ощущение того, что их не видят, недооценивают либо переоценивают.

В психоаналитических работах этого периода высказывалось мнение, что проблемы подобных пациентов заключаются в их неуверенности относительно того, кто они и каковы их ценности. При этом такие пациенты часто вовсе не казались «нарушенными» с точки зрения большинства психодинамических теорий (так, они контролировали свои импульсы, обладали доста-

точной силой Эго, стабильностью в межличностных отношениях и т. д.), но не ощущали радости от своей жизни и от того, кем являются.

Некоторые аналитики считали подобных пациентов не подлежащими лечению в связи с бытовавшим мнением о том, что цель развития собственного «Я» (**Сэлф**) является намного более грандиозной, чем изменение или переориентация уже существующего «Я». Другие исследователи работали над созданием новых моделей, благодаря которым таких пациентов можно было бы лучше понять и, следовательно, более эффективно лечить. При этом некоторые аналитики оставались в рамках существовавших моделей (например, Э. Эриксон и Р. Мей внутри эгопсихологии, О. Кернберг и Р. Мастерсон внутри теории объектных отношений), другие же искали нечто новое.[18]

Внутри теории психоанализа Хайнц Когут сформулировал новую теорию развития, возможных нарушений и лечения Сэлф. В ней, среди других процессов, он выделил **нормальную потребность в идеализации**, а также допустил возможность выводов относительно взрослой патологии в тех случаях, когда процесс взросления проходит без объектов, которые могли быть первоначально идеализированы, а затем постепенно и безболезненно деидеализированы. Кроме того, разработки Когута способствовали общей переориентации на рассмотрение пациентов в терминах **сэлф-структур**, представлений о собственном «Я» (**сэлф-репрезентаций**), образов самого себя и того, как самоуважение становится зависимым от внутренних процессов. Понимание пустоты и мучений тех, кто не имеет надежного Суперэго, заняло свое место рядом с состраданием, которое аналитики уже давно испытывали к тем, чье Суперэго было чрезмерно жестким.

Этот новый путь осмысления клинического материала обогатил психодинамическую теорию и практику понятийным аппаратом Сэлф и подтолкнул исследователей к попыткам понять объемы сэлф-переживаний. Терапевты стали замечать, что даже у тех пациентов, которых нельзя было рассматривать как явно нарциссических, можно было наблюдать действие механизмов, направленных на поддержание самоуважения, чувства связанности и непрерывности сэлф-функции, которым ранее не уделялось большого внимания. Защита была переосмыслена не только как средство против тревоги, вызванной Ид, Эго и Суперэго, но также как способ поддержания непротиворечивого, позитивного чувства собственного «Я». Теперь к традиционному пониманию психики и ее отклонений у индивида через акцентирующие вопросы «Чего боится этот человек?» и «Что он делает в случае испуга?» добавилось понимание через постановку проблемы «Насколько уязвимо самоуважение этого человека?» и «Что он делает, когда его самоуважению что-либо угрожает?».

Приведем пример применения категорий сэлф-психологии в клинической диагностике: предположим, два пациента депрессивны и при этом у них на-

[18] Так, например, клиент-центрированная терапия Карла Роджерса (о которой речь пойдет в отдельной главе) многими психодинамическими психотерапевтами рассматривается как психодинамическая теория и терапия, утверждающая в качестве основных понятий развивающееся собственное «Я» и самоуважение.

блюдаются одинаковые вегетативные проявления, как то: бессонница, нарушение аппетита, заторможенность и т. п. Но они радикально различаются по своим субъективным переживаниям. Один (на языке традиционного психоанализа с «меланхолией») ощущает себя *плохим* в смысле своего морального несовершенства. Он размышляет о самоубийстве, поскольку полагает, что его существование только обостряет проблемы мира и он лишь сделает планете одолжение, избавив ее от своего дурного влияния. Другой (с нарциссически истощенным состоянием психики) ощущает себя не столько аморальным, сколько внутренне *пустым,* дефективным, безобразным. Он тоже думает о самоубийстве, но не для того, чтобы улучшить мир, — он не видит в этой жизни смысла. Первый испытывает жгучее чувство вины, второй — всеохватывающий стыд.

Структурный психоанализ Ж. Лакана.

Взгляды основоположника структурного психоанализа, французского психиатра и философа Жака Лакана остаются одними из самых противоречивых и дискуссионных. Его идейным принципом является девиз «назад к Фрейду». При этом под возвращением подразумеваются оригинальная переработка первой топики, а также обращение к идеям, связанным с проблемами первичного нарциссизма и комплекса кастрации. При новом взгляде на эти проблемы психоаналитический фокус смещается с фрейдовских «телесных напряжений» на Речь.

Человеческую психику, по Лакану, составляют явления реального, воображаемого и символического порядка (по аналогии с триадой фрейдовской первой топики).

Реальное — это самая сокровенная часть психики, всегда ускользающая от образного представления и словесного описания. Реальное психики настолько непостижимо, что, характеризуя его, Лакан постоянно употребляет кантовский термин «вещь в себе».

Воображаемое есть индивидуальный вариант восприятия символического порядка, субъективное представление человека о мире и прежде всего о самом себе. Это то, что, по мнению Лакана, роднит человеческую психику с психикой животных, поведение которых регулируется целостными образами (гештальтами).

Человек в своем онтогенезе подпадает под власть образов в возрасте между 6 и 18 месяцами, на так называемой «стадии зеркала» *(stade de miroir),* когда ребенок начинает узнавать себя в зеркале и откликаться на свое имя. Как считает Лакан, в это время ребенок ощущает себя внутренне распадающимся на части, неравным себе в разные моменты времени, а окружающие предлагают ему соблазнительный единый и «объективный» образ его Я, образ, накрепко привязанный к его телу. И окружающие, «другие», убеждают ребенка согласиться с ними, поощряют его принять это представление о целостности Я и о его тождественности самому себе во все моменты жизни. Ярким примером этого процесса является узнавание себя в зеркале: «Беспомощный

младенец, неспособный к координации движений, предвосхищает в своем воображении целостное восприятие своего тела и овладение им. Этот единый образ достигается посредством отождествления с образом себе подобного как целостной формой; конкретный опыт такого построения единого образа — восприятие ребенком своего отражения в зеркале» (здесь и далее цит. по: Качалов). Но этот момент радостного узнавания себя в зеркале или отклика на свое имя является также и моментом отчуждения, ибо субъект навсегда остается очарованным своим «зеркальным Я», вечно тянется к нему как к недосягаемому идеалу цельности. «Чем иным является Я, — пишет Лакан, — как не чем-то, что первоначально переживалось субъектом как нечто ему чуждое, но тем не менее внутреннее... субъект первоначально видит себя в другом, более развитом и совершенном, чем он сам». Лакан доводит свои мысли до радикального вывода: «Либидозное напряжение, вынуждающее субъекта к постоянному поиску иллюзорного единства, постоянно выманивающее его выйти из себя, несомненно, связано с той агонией брошенности, которая и составляет особенную и трагическую судьбу человека». Кроме того, в этом зеркальном двойнике находится источник не только желания, но и завистливой агрессии.

Но субъект является пленником не только своего зеркального образа. Еще до своего рождения человек попадает иод влияние речевого поля других людей, которые выражают свое отношение к его появлению на свет и чего-то от него ждут. Эта речь других людей (по лакановской терминологии — **речь Другого)** и формирует символическое субъекта. Исходя из этого, **символическое** есть априорный социальный порядок, система языка и вообще любая семиотическая система.

Для маленького ребенка знакомство с миром и с речью Другого начинается с фрустрации первичного нарциссизма (т. е. с невозможности поддерживать адекватное внутриутробное единство с материнским телом из-за неизбежных упущений самой совершенной матери). Повинуясь социокультурным условностям, не позволяющим современной женщине постоянно держать ребенка рядом со своим телом, мать время от времени покидает ребенка, который не может понять, почему это происходит. Разлуки с матерью кажутся ребенку капризом или жестокостью с ее стороны, пока он, с точки зрения Лакана, не овладеет речью и не узнает об анатомической разнице полов.

Лакан последовательнее других психоаналитиков подчеркивает необычайную важность для бессознательного комплекса кастрации и того отречения (*Verleugnung)* или незнания *(meconnaissance),* которым люди с самого детства защищаются от факта, что у женщины нет фаллоса. Он цитирует описанный Фрейдом специфический аспект зависти к пенису — символические последствия этого комплекса для отношений женщины со своим будущим ребенком: «Она соскальзывает — благодаря символическому уравнению, можно сказать, — с фаллоса на ребенка». Доводя эту идею до логического конца, Лакан указывает, в каком положении оказывается такая женщина и ее ребенок: «Если желание матери составляет фаллос, ребенок захочет стать фалло-

сом, чтобы удовлетворить это желание». Такое открытие наконец объясняет то, зачем мать покидала ребенка: она делала это в поисках недостающего ей фаллоса, который она могла получить только у фаллического отца. Овладение человеческой речью позволяет попять, что же именно говорила мать, оставляя ребенка: она называла Имя отца.

Итак, во всех межличностных контактах, для которых отношения между матерью и ребенком становятся первой моделью, фаллос навсегда остается символом, означающим желание, которое, по определению, никогда не может быть удовлетворено. Лакан подчеркивает, что то, что мы желаем — не сам объект, не Другой, а желание Другого, т. е. мы желаем, чтобы нас желали. Поэтому в структурном психоанализе Лакана «субъекта побуждают заново родится, чтобы узнать, хочет ли он того, чего желает». Имя отца становится первым словом, возвещающим закон и символический порядок мира патриархальной культуры. Мало того, Имя отца разрывает телесную инцестуозную связь ребенка и матери и устанавливает символический принцип членства в человеческих сообществах.

По мере того как растущий ребенок попадает в речевое поле Другого, он переживает еще одну травму — открытие факта смертности всех живущих. Человек, который желает, чтобы его желали, неизбежно сталкивается с нарциссической травмой собственной нежелательности, что вынуждает его перекраивать себя по чужой мерке и, соперничая с другими, ожидать признания Другого. По мысли Лакана, эти переживания неизбежно ведут к зависти, злобе, агрессии и смертельной обиде на мир и на самого себя.

Отчуждение человека от своей подлинной сущности, начавшееся с идентификации с зеркальным двойником в стадии воображаемого, усугубляется в стадии символического по мере вхождения субъекта в поле речи Другого. Это вызывает запоздалый протест, который изначально безнадежен. Лакан определяет положение ребенка перед лицом ожидания Других выражением «жизнь или кошелек». С помощью этой метафоры он описывает ситуацию вынужденного выбора: субъект либо откажется от удовлетворения своих сокровенных желаний (отдаст «кошелек») и тогда он сможет продолжить жизнь как член культурного общества, либо он не отдаст «кошелек», но тогда он будет исторгнут из жизни и его желания все равно останутся неудовлетворенными (как, например, в случае детского аутизма). Отдавая «кошелек», субъект отдается на милость Другого, а именно он вынужден принять тот смысл, который другие люди припишут его призывам (например, плач мальчика мы склонны приписывать его недовольству, а девочки — испугу). Только Другой своим ответом (речь господина) властен превратить призыв ребенка в осмысленный запрос (т. е. означающее 1, иначе — означающее господина). Покорствуя речи Другого, принимая чуждую интерпретацию своего запроса, ребенок в следующий раз уже выразит свой запрос в подсказанных словах (означающее 2), все более удаляясь от своего единого, единственно подлинного желания. Таким образом, у человека появляются новые желания, подсказанные культурой, но в его Я навсегда залегает глубокая трещина, за-

ставляющая его вечно метаться от означающего 1 к означающему 2 («Не угодно ли тебе этого?» — «Да, именно этого мне и хотелось!»). Такого окультуренного человека Лакан называет **кроссированным субъектом.** Таким образом, по мере взросления мы все меньше знаем о том, что мы говорим и что хотим сказать. Речь же других людей, окружавших нас в детстве, навсегда входит в нашу психику и становится ее важнейшей, бессознательной частью.

Лакан заимствовал у французского лингвиста Ф. Соссюра и впоследствии значительно изменил формулу знака, используемого в лингвистике, — отношение между означающим и означаемым, между материальным компонентом знака и компонентом, который только обозначен, выступает лишь как намек и может отсутствовать вообще. У Соссюра эта формула выглядела как *S/s*, где *S* — означающее, a s — означаемое. Для Лакана эта формула соответствовала формуле вытеснения: черта, разделяющая две части знака, является выражением барьера вытеснения. Следовательно, означаемое уподобляется вытесненному, всегда отсутствующему, ускользающему от обычного сознания и выражаемому при помощи означающего, которое отражает структурированность языка. Таким образом, символическое объективно и представлено в формах языка, в означающем, которое главенствует над означаемым — психическими содержаниями субъекта, его опытом. Однако Лакан подчеркивал отсутствие постоянной, устойчивой связи означаемого с означающим, так что символическое в его концепции нельзя строго определить, равно как и найти его точный смысл.

Цепочки означающих, **символическое,** очерчивают жизнь человека и его судьбу. Субъект, Я есть не что иное, как система связей между означающими, система взаимодействий реального, воображаемого и символического. Все многообразие человеческих отношений укладывается Лаканом в изящный афоризм: «Означающее репрезентирует субъекта другому означающему». Смысл этой фразы состоит в том, что человек в общении использует речь для того, чтобы дать понять другому, чем он является и чего хочет, — а сделать это можно только через слова языка (означающие). Означаемым здесь является сам человек, его Я. Все это справедливо и в отношении собеседника, Другого, также репрезентирующего себя посредством слов.

Если «бессознательное структурировано как язык» (здесь и далее цит. по: Психотерапевтическая энциклопедия), т. е. характеризуется систематической связанностью своих элементов, то отделение их друг от друга играет столь же важную роль, как и «полные» слова. Любой перерыв в дискурсе, независимо от того, с чьей стороны он произошел, есть «пунктуация». Эффекты языка оттеняются «пунктуацией», которая, отражая временные связи и умение психотерапевта, становится, как говорит Лакан, важным средством регуляции переноса. Собственно психотерапия состоит в выявлении временных зависимостей, образующих структуру языка: от одного означающего к другому, через интервалы, выполняющие функцию «пунктуации» всего рассказа

или отдельных ассоциаций слов, постепенно все более вырисовывается структура языка — речь Другого.

Задачей психотерапии Лакан считает установление правильных отношений субъекта к Другому, т. е. установление отношений на основе культурных (символических) и субъективных (воображаемых) детерминирующих факторов. Перефразируя знаменитую формулу Фрейда «Где было Оно, там будет Эго» в «Где было Оно, должно быть Эго», Лакан устанавливает разграничение, которое не было проведено Фрейдом — разграничение между Я субъекта и Я его дискурса. Первое остается иллюзорной защитой, второе знает, что такое реальность и каковы налагаемые ею ограничения. Различие между ними — фундаментальное различие между незнанием и осознанием этого незнания: «Чтобы исцелить от душевного недуга, нужно понять смысл рассказа пациента, который следует всегда искать в связи Я субъекта с Я его рассказа».

В таком случае целью психотерапии (которая обратна цели воспитания) становится разделение правды истинных желаний субъекта и навязанных ему идеалов, освобождение пациента от культурного (символического) порядка при неврозе или построение этого порядка заново при психозе. Поэтому процесс психотерапии он уподобил игре четырех игроков в бридж. За двух игроков играет психотерапевт (сознательного аналитика, дающего интерпретации, и смерть, молчаливо пытающуюся втянуть в игру пациента) и за двух — пациент (сознательного пациента, предъявляющего запросы, и Другого, представляющего собой бессознательное).

Динамика психотерапии, согласно Лакану, состоит в следующем. Пациент, как кроссированный субъект, вначале ожидает, что аналитик будет, как это делали все значимые другие в его жизни, навязывать смысл его призывам, т. е. пациент ожидает, что аналитик ответит ему означающим 1 (означающим господина). Однако, так как «все идеалы непристойны» (здесь и далее цит. по: Качалов), речь аналитика не должна давать никаких идеалов, и хотя аналитику следует физически быть там, откуда пациент ожидает услышать речь господина, при этом он должен быть обманкой — объектом *a*, т. е. тем, что пациент любил и недолюбливал, ненавидел и недоненавидел в своем детстве, когда его мир был так же фрагментирован, как и он сам (понятие объекта у Ж. Лакана примерно соответствует понятию частичного объекта в психоанализе М. Кляйн и переходному объекту у Д. В. Винникотта). Для того чтобы успешно справиться с ролью маленького *a*, психоаналитику следует молчать как можно дольше, а самое главное — молчать должны его желания, иначе «игра пойдет, но будет неясно, кто ведет». Молчание аналитика в ответ на первые пустячные жалобы и поверхностные проблемы (пустую речь) позволяют пациенту регрессировать, «а регрессия не обнаруживает ничего иного, как нынешнее состояние означающих, что прозвучали в запросах давно прошедших лет». Только подслушав речь Другого у пациента, в игру вступает сознательный аналитик, возвращающий пациенту эту речь Другого, т. е. предлагая ему интерпретацию старого запроса. «Изложение запросов паци-

ента в один миг распахивает все его прошлое до самого детства. Ибо дитя может выжить, лишь прося».

Открыв пациенту «правду желаний», аналитик окончательно превращает «пустую речь» в «полную речь» Другого, т. е. возвещает просьбу Оно к субъекту. В этот момент аналитик обычно прерывает сеанс, таким образом внося пунктуацию в речь Другого.

Подводя итог рассмотрению понятий и концепций психодинамической терапии, подчеркнем, что их общей и отличительной чертой является акцент на динамических процессах, происходящих в личности, а не на чертах личности или отдельных отличительных симптомах и синдромах, характерных для медицинских справочников и руководств, а также некоторых других видов психотерапии. Кроме того, психодинамический подход позволяет представлять нормальную и патологическую личности как организованные в значимых для них измерениях, причем выражающих оба полюса выделенного измерения. Так, например, личности с проблемами близости могут быть обеспокоены как близостью в отношениях, так и дистанцированием, а личности с маниакальными проявлениями психологически подобны депрессивным. В связи с этим психодинамический подход является подходом, рассматривающим личность в целостности и снимающим парадокс «недостатки-достоинства».

Психодинамическое учение о психической патологии.

Проблема психодинамического диагноза.

Психодинамическая диагностика, в отличие от дискретно-описательного диагностического подхода, укоренившегося в отечественных медицинской и психологической традициях, представляет собой прежде всего диагностику структуры личности с точки зрения ее развития. Подобный подход, обеспечивающий целостный и всесторонний анализ личности и ее психопатологии, определяет и специфику терапевтических методов.

В современном виде психодинамический диагноз включает в себя по меньшей мере пять взаимосвязанных факторов, определяющих его значимость в процессе психодинамической терапии:

1) планирование стратегии и тактики психотерапевтического процесса;

2) вероятный прогноз психотерапии;

3) защита интересов пациента;

4) помощь в установлении терапевтом эмпатии к своему пациенту и, наконец,

5) уменьшение вероятности того, что тревожный пациент уклонится от лечения.

Но необходимо заметить, что в ходе развития психодинамической терапии отдельные диагностические факторы и сам процесс диагностики претерпели значительные изменения.

До появления в XIX в. описательной психиатрии считалось, что существует несколько форм душевных заболеваний, с некоторой частотой встречающихся у людей в «цивилизованном мире». Так, мужчины и женщины с истерическими состояниями, фобиями, обсессиями, компульсиями, маниакальными или депрессивными тенденциями малой интенсивности расценивались как имеющие психологические трудности, но не сильно отличающиеся от здоровых. Личности с галлюцинациями, бредом и нарушениями мышления считались больными. Личности, совершающие асоциальные поступки, оценивались как «морально безумные», но остающиеся в контакте с реальностью. В общих чертах данная классификация до сих пор сохраняется в судебной психиатрии, уделяющей особое внимание тому, мог ли обвиняемый оценивать реальность в момент совершения преступления или нет.

Эмиль Крепелин, основатель современной классификационной системы, исследовав спектр эмоциональных расстройств, выявил их некоторые общие синдромы и характеристики и выделил экзогенные (т. е. излечимые) и эндогенные (т. е. неизлечимые) расстройства. К первым он относил маниакально-депрессивный психоз, а к последним — шизофрению, считавшуюся по тем временам органическим повреждением мозга.

Основываясь на работах Крепелина, Фрейд провел различие между **невротическими и психотическими уровнями функционирования**. Первый характеризовался полным пониманием реальности, второй — потерей контакта с ней. После появления второй топики в психоанализе данное различие приняло форму комментария к личностной структуре. Невротики считались страдающими оттого, что их Эго-защиты были чересчур негибкими и отрезали их от энергии Ид, психотиков же рассматривали как больных, чьи защиты чересчур слабы, в связи с чем они оказывались затопленными примитивными силами Ид. Психодинамическая терапия невротиков стала рассматриваться как направленная на смягчение Эго защит и получение доступа к Ид (для использования его энергии в конструктивных целях), в то время как целью терапии психотиков являлось упрочение защит, а также развитие устойчивости к стрессам, улучшение тестирования реальности и оттеснения бурлящего Ид обратно в бессознательное.

В работах эгопсихологического направления в дополнение к различию между неврозом и психозом появилось **различение степени адаптации внутри невротических категорий**. Первым стало введенное Вильгельмом Райхом различение между **симптоматическим неврозом** и **неврозом характера**. Для оценки того, с чем конкретно психоаналитикам приходится иметь дело, вводилась определенная схема **первичного интервью с пациентом**, имеющим жалобы невротического уровня. В частности, в ходе беседы необходимо было дать ответ на следующие вопросы.

1. Имеет ли психотерапевт дело с недавно возникшей проблемой или она в той или иной форме существовала с раннего времени?

2. Имело ли место резкое возрастание тревоги пациента или же наблюдалось постепенное ухудшение общего состояния?

3. Пациент сам выразил желание обратиться за лечением или же другие (родственники, друзья, социальные или юридические структуры и т. п.) направили его?

4. Являются ли симптомы пациента эго-дистонными или эго-синтонными?

5. Адекватна ли способность личности видеть перспективу своих проблем (существует ли у нее «наблюдающее Эго») развитию альянса с терапевтом против симптомов или же пациент рассматривает психотерапевта как потенциально враждебного или магического спасителя?

Утвердительный ответ на первую часть каждого варианта предположительно являлся свидетельством симптоматических проблем, а на второй — проблем характера. Ценность этого различия заключена в выводах для практики и прогноза.

В случае, если пациент страдал от невротического симптома, предполагалось, что нечто в его текущей жизни активизировало бессознательный инфантильный конфликт и пациент использует для его решения неподходящие методы. Они могли быть наилучшими из тех, что имелись в детстве, но в нынешней ситуации оказывались неадаптивными. Соответственно задачей психотерапии становилось определение конфликта, помощь пациенту в переживании связанных с ним эмоций и разработка новых путей его решения. Прогноз был благоприятным и лечение не обязательно предполагало долгие годы работы. В процессе терапии следовало ожидать также создания атмосферы взаимности, когда могут появиться сильные переносные и контрпереносные реакции.

Если же проблемы пациента расценивались как проблемы характера, то терапевтическая задача становилась более сложной, ее решение требовало больше времени, а прогноз был более сдержанным. Это было связано, во-первых, с различием целей пациента и концепцией аналитика относительно реального достижения этих целей. Так, немедленное освобождение от страданий, т. е. то, чего хочет пациент, могло рассматриваться психотерапевтом как незначительная цель по сравнению с более глобальной целью переструктурирования личности. В связи с этим в работах, посвященных терапии с этой категорией пациентов, стала обсуждаться **образовательная роль аналитика**, заключающаяся в том, чтобы «сделать эго-дистонным то, что было эго-синтонным». Во-вторых, с тем, что в работе с пациентом с невротическим характером происходит медленное и трудное возникновение рабочего или терапевтического альянса, основанного на реальных потребностях сотрудничества между терапевтом и пациентом, уровень которого сохраняется, несмотря на сильные негативные эмоции, нередко проявляющиеся в ходе психотерапии. И наконец, в-третьих, процесс терапии характера в отличие от психотерапии симптома чаще всего имеет окрашенность скукой, нетерпеливостью, раздражением и деморализованностью, присущей обеим сторонам.

В течение долгого времени категории симптоматического невроза, невроза характера и психоза являлись основными конструкциями, при помощи кото-

рых психодинамические терапевты проводили различия между личностями по степени тяжести нарушений. Так, невроз был наименее тяжелым состоянием, нарушение личности — более серьезным, а психотическое нарушение — самым тяжелым. Но в дальнейшем такая общая схема была признана недостаточной. Так, выяснилось, что некоторые реакции невротического уровня, связанные со стрессом, оказываются более разрушительными для функционирования личности, чем характерологические нарушения. Кроме того, некоторые нарушения характера выглядели более серьезными и примитивными, чтобы их можно было отнести к невротическому уровню. Многие аналитики жаловались на пациентов, которые, казалось, имели нарушения характера, но в очень странной, хаотичной форме. Поскольку они редко или никогда не сообщали о галлюцинациях или бреде, их нельзя было считать психотическими, но в то же время у них не было стабильности и предсказуемости, свойственной пациентам невротического уровня. В связи с этим в 1940-1960-х гг. многие психоаналитики стали высказывать мысль о существовании промежуточной зоны между неврозами и психозами. Благодаря теоретическим построениям Отто Кёрнберга, Джона Мастерсона и Майкла Стоуна концепция **пограничного уровня организации личности**[19] получила широкое признание в психоаналитическом сообществе.

Сегодня в психодинамической терапии принята следующая классификация уровней личности. Люди психотического статуса фиксированы на слитом, досепарационном уровне, на котором они не могут различить, что внутри, а что — вне их. Люди в пограничном состоянии фиксированы на диадической борьбе между тотальным подчинением, которое, как они боятся, уничтожит их идентичность, и тотальной изоляцией, которая для них аналогична травмирующей покинутости. Пациенты с невротическими трудностями являются личностями, прошедшими сепарацию и индивидуацию, но имеющими конфликт между вещами, которых желают и которых боятся (прототипом чего является эдипов конфликт).

В настоящий момент с помощью психодинамического диагноза каждого человека можно описать как имеющего определенный **уровень развития личности** (психотический, пограничный, невротический) и **тип организации личности** (истерический, параноидный, депрессивный, шизоидный, нарциссический, мазохистический, обсессивно-компульсивный, психопатический и диссоциативный).

Типология организации личности.

В табл. 1.4 кратко охарактеризованы основные типы организации личности, представленные в классическом руководстве по психоаналитической диагностике Н. Мак-Вильямс. В соответствии с предыдущим изложением каж-

[19] Отметим, что необходимо отличать термин «пограничная психопатология» в психодинамическом подходе от аналогичного термина в отечественной психиатрии. Так, у нас под ним подразумеваются «нерезко выраженные нарушения, граничащие с состоянием здоровья и отделяющим его от собственно патологических психических нарушений», а также расстройства, «характеризующиеся главным образом проявлениями так называемого невротического уровня нарушений» (Александровский, с. 11).

дый из них будет рассмотрен с точки зрения драйвов и фиксаций, механизмов психологической защиты и адаптации, паттернов объектных отношений, способствовавших развитию данного типа организации личности и повторяющихся как «скрипты», а также переживаний собственного «Я» (т. е. осознанных и бессознательных способов восприятия индивидом самого себя и поддержания самоуважения). Порядок представления типов произволен, но, как отмечает Мак-Вильямс, «в целом он соответствует продвижению от более низкого к более высокому уровню объектных отношений» (Мак-Вильямс, с. 191).

Таблица 1.4

Тип организации личности	**Общая характеристика**	**Конституционные и ситуативные факторы, драйвы и аффекты**	**Защитные и адаптационные процессы**	**Объектные отношения**	**Собственное «Я»**
Психопатический (антисоциальная)	Потребность ощущать собственное влияние на других, манипулировать ими, «подняться над ними».	Врожденные тенденции к агрессивности и к более высокому, чем в среднем, порогу, приносящему удовольствие возбуждения.	Всемогущий контроль, проективная идентификация, диссоциация и отыгрывание вовне.	Нестабильность, потворство, эмоциональное непонимание, эксплуатация и иногда жестокость.	Грандиозное стремление избежать переживания слабости и зависти.
Нарциссический	Отчужденность и эмоциональная недоступность, склонность к эксгибиционистскому стилю поведения, переоценка собственных достоинств, фантазии о всемогуществе, тенден-	Конституционально чувствительны к невербальным эмоциональным сообщениям, касающимся невыраженных аффектов, отношений и ожиданий других людей. Кроме того, об-	Идеализация и обесценивание, перфекционизм.	Паттерн «использовать и быть использованным», призванный уравновешивать самоуважение и возмещать причиненный ему ущерб.	Чувства фальши, стыда, зависти, внутренней пустоты или незавершенности, уродства и неполноценности или их компенсаторные противоположности — само-

	ции осуждения других при зависимости от их мнений, глубинные чувства недостачи, нелюбимости и обманутости.	ладают конституционально обусловленной недостаточной способностью переносить агрессивные импульсы. Главные эмоции — стыд и зависть.			утверждение, чувство собственного достоинства, презрения, самодостаточности, тщеславия и превосходства.
Обсессивный и компульсивный	Методичность, дисциплинированность, скупость, упрямство, склонность к сдерживанию и утаиванию, перфекционизм. Тенденции ритуализации поведения.	Фиксированность на анальной стадии. Базовый аффективный конфликт — гнев (в состоянии под контролем), борющийся со страхом (быть осужденным или наказанным). Кроме того, чувство стыда.	При обсессивной симптоматике — изоляция, при компульсивной — уничтожение сделанного. Кроме того, у обеих групп — реактивные образования, смещение аффекта.	В семейной истории прослеживается наличие чрезмерного контроля либо явный его недостаток. Объектные отношения в настоящем формальны и ритуализированы.	Определяют нравственные принципы в терминах контроля, испытывают беспокойство и «замирают» в моменты выбора. Обсессивные личности осуществляют саморегуляцию за счет «думания», компульсивные — «делания». Самокритичны за истинные и мнимые агрессивные проявления. Предпочитают детали целому.

Параноидный	Подозрительность и недоброжелательность, мрачность и отсутствие чувства юмора, склонность к образованию сверхценных идей.	Врожденные агрессивность или раздражительность и, как следствие, подверженность чувствам страха, стыда, зависти и вины.	Проекция и проективная идентификация, реактивные формирования.	Формирующиеся в семейной системе переживания угрозы, унижения и механизм проекций, а также одержимо-тревожные послания в коммуникации.	Попеременно беспомощно-уязвимое и всемогуще-разрушительное, с постоянной озабоченностью, происходящей из глубинной хрупкости идентичности и самоуважения.
Истерический или театральный *(histronic)*	Общительные, с развитой интуицией и неустойчивыми эмоциями люди, склонные попадать в драматические ситуации. Высокий уровень тревоги, напряженности и реактивности.	Преимущественно у женщин, базовые гиперчувствительность и социофильность, двойная фиксированность на оральной и эдиповой стадиях, фрустрации, связанные с полом.	Репрессия, сексуализация, регрессия и диссоциация. Изредка — отреагирование (в форме стремления к тому, что вызывает страх).	Формирование через неадекватное воспитание родителями, включающее нарциссические и соблазняющие послания, повторяющиеся в более поздних взаимоотношениях и закрепленные вынужденными повторениями.	Представление о себе как о маленьком, недоразвитом существе, которому грозит опасность. Самооценка омрачена конфликтами относительно сексуализируемых проявлений силы.

Шизоидный	Базальная тревога по поводу безопасности, избегание эмоционально насыщенных и интимных отношений с другими людьми, фантазии о поглощении ими, склонность к уходу в мир воображения и символизму, игнорирование конвенциональных норм, жизненная позиция «наблюдателя».	Возможные конституциональные составляющие — гиперсенситивность и сопутствующее избегание стимуляции. Фиксированность на проблемах оральной стадии.	Примитивная изоляция, расщепление Эго, проекция, интроекция и проективная идентификация, идеализация и обесценивание.	Паттерн «приближения — избегания», обусловленный таким типом ранних семейных взаимоотношений, как одновременное сосуществование депривации и вторжения, а также противоречивой и дезориентирующей коммуникацией «двойного зажима» *(double bind)*.	Оппозиционность, несмотря на субъективно-болезненное одиночество, стремление к самовыражению, поиск внутренних подтверждений собственной оригинальности и уникальности, самокритичность.

Депрессивный и маниакальный	При крайних проявлениях депрессии — непроходящая печаль, сниженная энергетика, агедония, вегетативные нарушения (проблемы питания, сна и саморегуляции). При гипоманиакальности — подвижность и энергичность, невероятная работоспособность, остроумие, высокая социальность.	Депрессия: переживание преждевременной потери (как внешней, так и внутренней), фиксация на оральной стадии, бессознательное чувство вины, эмоции чрезмерной печали. Гипоманиакальность: высокие возбудимость, мобильность, переключаемость и общительность. Фиксация на оральной стадии. Проблемы с весом. Склонность к внезапному и неконтролируемому проявлению ненависти.	Депрессия: интроекция, обращение против себя и идеализация. Гипоманиакальность: отрицание (игнорирование тревожащих событий), отреагирование (в форме бегства) и обесценивание. На психотическом уровне — всемогущий контроль.	Потеря на стадии сепарации—индивидуации, неадекватное оплакивание, родительская депрессия, критицизм, эмоциональное или физическое насилие и непонимание.	Депрессия: глубинное переживание своей «плохости» и врожденной деструктивности, глобальной виновности, ранимости. Гипоманиакальность: потребность находиться в движении, боязнь привязанности к кому-либо, страх дезинтеграции собственного «Я», стремление к очарованию окружающих.
Диссоциативный	Склонность к формированию «множественной личности», т. е. диссоциации частей собственного «Я».	Конституциональный талант к самогипнозу, часто сосуществующий с высоким интеллектом, креативно-	Диссоциация	Укоренены в глубокой психотравме в детстве, не облегченной помощью в эмоцио-	Фрагментированное, пропитанное парализующими страхами и самообвинительными когнитив-

		стью и социофилией.		нальной переработке.	ными структурами.
Мазохистический, пораженческий, саморазрушительный *(self-defeating)*	Постоянное выражение жалоб, пребывание в жизненной ситуации страдания (зачастую добровольное), установки на самоповреждение и самообесценивание, скрытое желание мучить других своими страданиями.	Имеет гендерную предрасположенность (у мужчин — к садизму, у женщин — к мазохизму). Связан с фиксацией на стадии оральной агрессии. Чувства сознательной печали и бессознательной вины, но могут возникать также гнев, обида и негодование, так как эти люди считают себя страдающими незаслуженно.	Интроекция, обращение против себя, идеализация, отреагирование вовне, провокация, умиротворение («Я уже страдаю, поэтому, пожалуйста, воздержитесь от дополнительного наказания»), эксгибиционизм («Обратите внимание: мне больно»), избегание чувства вины («Смотрите, что вы заставили меня сделать!») и морализация.	Ранний опыт с объектами, которые нерадиво уделяли внимание растущему ребенку или жестоко обращались с ним, изредка выражая сочувствие, если ребенок страдал.	Сравнимы с представлениями о себе у депрессивных личностей, но без чувства обделенности. Регуляция самооценки происходит за счет стойкого терпения плохого обращения.

Техника психодинамической терапии.

Первичное интервью.

Для первого этана психодинамической терапии — диагностики уровня развития личности и типа организации личности — применяется **первичное (начальное) интервью** — метод первичного диалога с пациентом, несущий

в себе как диагностические, так и терапевтические функции. Оно служит нескольким целям. Во-первых, это установление тесных интимных отношений между двумя посторонними: человеком-профессионалом и человеком, который страдает психологически и часто заставляет страдать других. Во-вторых, оно необходимо для оценки актуального психологического статуса пациента и его отбора по критерию пригодности для такого рода психотерапии. И наконец, в-третьих, во время интервью происходит информирование пациента о выбранном виде психотерапии, укрепление желания пациента продолжить терапию (если для нее обнаруживаются показания) и совместное планирование следующих шагов. В качестве метацели всего интервью, как пишут Х. Томэ и Х. Кэхеле, выступает «возможность психоаналитического метода приспособиться к специфическим особенностям отдельного пациента» (Томэ, Кэхеле, с. 248).

Обычно первичное интервью следует за предварительной договоренностью (очной или заочной, например по телефону), происходит в заранее определенном месте и в заранее определенное время и занимает от одной до трех стандартных встреч по пятьдесят минут.

Отметим, что чем больше времени проходит между предварительной договоренностью и первичным интервью, тем больший отбор в конечном итоге осуществляет психотерапевт. Это связано с двумя психодинамическими факторами: с одной стороны, пациент, предпринимающий шаг, чтобы назначить встречу, уже находится в аналитической ситуации, в сознательных и бессознательных фантазиях он репетирует еще не существующие ситуации переноса на психотерапевта. С другой стороны, его бессознательное сопротивление с неизбежностью усиливается фрустрацией ожидания.

М. и А. Балинт в рамках собственной **эластичной техники интервью** выработали ряд рекомендаций относительно необходимых условий первичного интервью.

Первая рекомендация касается того, что в первичном интервью во избежание фрустрирующей ситуации, связанной с общей неосведомленностью пациента, должно существовать предваряющее вступление, информирующее его о целях и форме проводимой работы. Вторая рекомендация советует на протяжении всего интервью создавать и поддерживать атмосферу, в которой пациент мог бы достаточно полно раскрыться для того, чтобы психотерапевт смог его понять. Третья рекомендация гласит, что психотерапевт в оценке пациента и ситуации интервью всегда должен включать и учитывать созданные им ситуационные параметры, которые могут выступать в качестве своеобразных стимулов. Наконец, четвертая рекомендация говорит о том, что у психотерапевта до того, как начнется интервью, по материалам предварительной договоренности, должна существовать некоторая идея о будущем направлении взаимоотношений.

Первичное интервью может быть стандартизованным (т. е. в его ходе пациенту задают заранее определенный круг вопросов, подразумевающих четкий конкретный ответ) или полустандартизованным, не ограничивающим

свободное течение беседы, однако направляемым инициативой психотерапевта.

Рассмотрим примерную схему первичного интервью.

1. Демографический блок:

1) возраст;

2) пол;

3) этническая принадлежность;

4) религиозная ориентация;

5) образование;

6) место работы и должность;

7) семейное положение;

8) политические взгляды;

9) оценка физического, социального, материального и духовного благополучия; 10) ассоциативный или метафорический образ.

2. Родители, сиблинги и другие значимые фигуры в жизни пациента:

1) возраст;

2) этническая принадлежность;

3) религиозная ориентация;

4) образование;

5) место работы и должность;

6) семейное положение;

7) политические взгляды;

8) оценка физического, социального, материального и духовного благополучия;

9) ассоциативный или метафорический образ;

10) пять прилагательных, отражающих отношения пациента с ними.

Примечание: в случае, если кто-либо из перечисленных людей умер, со слов пациента необходимо собрать как можно больше сведений о причинах и обстоятельствах смерти.

3. **Блок личной истории (главные события в жизни).**

1) Младенчество и детство:

— хотели ли родители рождения ребенка;

— условия в семье после его рождения;

— самые ранние воспоминания;

— семейные истории о детстве пациента;

— проблемы критических периодов развития (нарушения пищевого поведения, туалетный тренинг, проблемы с речью, нарушения двигательной активности, никтурия, ночные кошмары);

— любимые сказки и сказочные персонажи.

2) Латентный период (7-12 лет):

— проблемы со здоровьем;

— социальные проблемы;

— проблемы в учебе;

— проблемы в поведении;

— семейные стрессы этого периода;

— любимые художественные произведения (сказки, мультфильмы и пр.) и их персонажи.

3) Период полового созревания:

— физические, социальные и психологические проблемы, связанные с созреванием;

— успеваемость и социализация в этот период;

— самодеструктивные паттерны (нарушения питания, использование лекарств, алкоголя, наркотиков, суицидальные импульсы, антисоциальное поведение);

— семейные стрессы этого периода;

— любимые художественные произведения (книги, кино, спектакли и пр.) и их персонажи.

4) Взрослая жизнь:

— с чем был связан выбор работы (учебы);

— как строились и строятся межличностные отношения;

— сексуальные отношения;

— отношения с родителями, братьями, сестрами, детьми;

— текущие проблемы;

— любимые художественные произведения и их персонажи.

4. Оценочный блок:

1) как взаимоотношения с родителями повлияли на становление личности пациента;

2) тормозилось ли развитие пациента какими-либо аспектами раннего опыта?

3) чего пациент в первую очередь желает своим детям (ребенку) в их дальнейшей жизни?

5. Заключительный блок:

1) как взаимоотношения менялись по ходу интервью?

2) какой важный, по мнению пациента, вопрос вы ему не задали?

3) спросите, было ли ему комфортно и не хочет ли он что-либо сказать по поводу интервью.

6. Оценка статуса пациента (часть, самостоятельно заполняемая интервьюером после интервью):

1) первое впечатление;
2) изменение впечатления в процессе интервью;
3) общее впечатление;
4) оценка открытости пациента;
5) насколько можно доверять полученной информации.

7. Выводы:

1) главные текущие темы;
2) области фиксаций и конфликтов;
3) основные защиты;
4) бессознательные фантазии, желания и страхи;
5) центральные идентификации;
6) контридентификации;
7) неоплаканные потери;
8) связанность собственного «Я» и самооценка.

В течение интервью пациент сообщает как объективные, так и субъективные сведения, которые достаточно тесно переплетаются между собой. В связи с этим Герман Аргеландер выделил три уровня восприятия в процессе первичного интервью:

1) уровень получения **объективной информации,** пригодной для определения логических причинно-следственных связей. Например, на этом уровне психотерапевт может проводить связь между возникновением депрессии и смертью родственника пациента;

2) уровень получения **субъективной информации,** на котором связи определяются с помощью принципа «психологической очевидности». Так, в качестве примера может выступать уверенность пациента в том, что его депрессия связана с потерей отца;

3) уровень получения **ситуативной информации,** действуя на котором психотерапевт изучает особенности поведения пациента во время интервью с точки зрения того, как он подает объективную и субъективную информацию, т. е. того, в какого рода отношения его бессознательно втягивает пациент. Так, например, психотерапевт может ощутить острую необходимость немедленно, каким угодно способом помочь пациенту, что может свидетельствовать о том, что пациент пытается вести себя как маленький беспомощный ребенок. В других случаях психотерапевт, напротив, может ощутить, что, несмотря на демонстрируемую беспомощность и страдания, пациент пытается загнать самого психотерапевта в роль маленького ребенка, которого пациент соблазняет «интересным предложением» или пытается заставить почувствовать себя «очень плохим».

Вопрос показаний к психодинамической терапии до сих пор остается дискуссионным и открытым. Первоначально данное психотерапевтическое направление работало в основном с расстройствами невротического круга

(преимущественно истерический невроз и невроз навязчивых состояний), сексуальными перверсиями, психосоматическими расстройствами, считая психозы и состояния зависимости неподходящими для лечения такого рода. Но описанные на сегодняшний день достаточно успешные попытки психодинамической терапии самых разнообразных форм психической патологии различной степени тяжести (пограничная и отдельные виды психотической патологии, наркотические зависимости, девиантное и делинквентное поведение и т. п.) позволяют говорить о том, что главным показанием для ее применения является наличие у пациента длительно существующих интрапсихических конфликтов, продолжающихся в настоящем в активной, но неосознаваемой форме, продуцирующих симптомы, дезадаптацию или характерологические проблемы, достаточные для того, чтобы оправдать длительное и глубинное лечение.

Противопоказания к психодинамической терапии сформулированы более определенно. Первое из них включает отсутствие достаточно рационального и сотрудничающего Эго, способного к терапевтическому расщеплению и образованию «рабочего альянса». Второе определяется тем, что патология может быть столь незначительной, что психодинамическая терапия неоправданна. Третье связано с тем, что патология может иметь проявления, требующие неотложного вмешательства и нет времени для формирования аналитической ситуации. И наконец, четвертое противопоказание состоит в том, что жизненная ситуация пациента может оказаться не поддающейся изменению, поэтому курс психодинамической терапии может привести лишь к увеличению трудностей.

Основные правила психодинамической терапии.

На первых сессиях психотерапевт знакомит пациента с правилами создания аналитической ситуации. **Основным правилом** психодинамической ситуации является то, что пациента просят говорить все, что он думает и чувствует, ничего не выбирая и ничего не опуская из того, что приходит в голову, даже если ему кажется, что сообщать это неприятно, неловко, смешно или неуместно. В то же время пациент должен слушать самого себя, пытаясь придать сказанному смысл и сотрудничать в этом с психотерапевтом.

В основном правиле скрыты два взаимосвязанных принципа. Во-первых, в нем делается акцент на ценности распознавания и вербализации психических содержаний (мыслей, желаний, чувств и т. п.). Во-вторых, благодаря ему поддерживается принцип избегания непродуманной деятельности, основанной на одном желании. Запрет деятельности перекрывает мышечные каналы разрядки инстинктивных напряжений и направляет их по психологическим путям, где, в зависимости от воздействия сопротивления, они могут быть либо вербализированы, либо выражены в виде эмоций. Влияние этих принципов сдвигает акцент от слепого повторения или отреагирования («отыгрывания») к сознательным воспоминаниям.

Отметим, что некоторые пациенты воспринимают основное правило настолько буквально, что используют его для сопротивления, как оружие против психотерапевта, внешне скрупулезно выполняя все требования (особенно часто это происходит у личностей с обсессивным типом характера). Поэтому некоторые психодинамические терапевты не предоставляют своим пациентам четких указаний относительно основного правила, предпочитая непосредственное общение с анализом встречающихся на пути препятствий.

Правило аналитической ситуации состоит в том, что на протяжении всего времени психодинамической терапии как пациентом, так и психотерапевтом сохраняются одни и те же рамки, именующиеся **сеттингом**. В одно и то же время в одном и том же месте пациент ложится на кушетку (или софу), а психотерапевт садится сзади него, оставаясь большей частью вне поля зрения пациента, и вмешивается в процесс мышления пациента настолько мало, насколько это возможно, и не иначе как посредством собственных интерпретаций. Сессии обычно проходят 4 или более раз в неделю. Пациент в своем поведении руководствуется основным правилом, а психотерапевт старается поддерживать «свободно парящее» внимание, что является ответом на свободное ассоциирование пациента. Большая часть активности терапевта сводится к периодическим интерпретациям свободных ассоциаций.

Использование кушетки в психодинамической терапии является данью традиции, берущей начало от ранних экспериментов Фрейда с гипнозом. Интересно, что даже после прекращения использования гипнотических техник Фрейд считал кушетку полезным инструментом, так как испытывал неудобство при необходимости объяснять некоторые из своих эмоциональных реакций на пристальные взгляды пациентов, которые приходилось выдерживать несколько часов в день. Использование же кушетки позволяло ему чувствовать себя свободнее в выражении эмпатии к ним, что справедливо и для нынешних психотерапевтов.

Кроме того, использование кушетки, как оказалось, имеет и специфическое динамическое значение. Лежащий пациент и сидящий рядом терапевт символически воспроизводят раннюю ситуацию ребенок—родитель, смысловые нюансы которой варьируются от пациента к пациенту. Такая ситуация вполне может вызывать либо усиливать тревогу пациента (уходящую корнями в предэдиповскую тревогу, связанную с ранними отношениями внутри диады мать—ребенок), поэтому в начальной фазе терапии на первый план обычно выступают трудности, которые пациент испытывает в связи с необходимостью доверять «невидимому» терапевту, удержание этого доверия в условиях отсутствия немедленного поощрения и ответа, принятие разделенности пациента и терапевта.

Другой аспект использования кушетки — достижение определенного уровня сенсорной депривации, так как при этом устраняется значительная часть зрительных раздражителей. Кроме того, поскольку интерпретация и вмешательства терапевта довольно редки (особенно на начальном этапе пси-

хотерапии), сравнительное уменьшение зрительных и звуковых раздражителей способствует формированию регрессии.

Соблюдение основного правила и правила аналитической ситуации приводит к неизбежному возникновению у пациентов **свободных ассоциаций.** Отметим, что с точки зрения современного этапа развития психодинамической терапии этот термин выглядит довольно неудачным, так как выявлено, что ассоциации вовсе не являются свободными, а направляются тремя видами бессознательных сил: 1) **патогенным невротическим конфликтом,** 2) **желанием выздороветь и** 3) **желанием удовлетворить терапевта.** Взаимодействие этих факторов становится очень сложным и иногда угрожает успешному проведению психотерапии, например когда какое-либо стремление, неприемлемое для пациента и являющееся частью его патологии, вступает в конфликт с его желанием понравиться терапевту, который, по мнению пациента, тоже находит это стремление неприемлемым. С другой стороны, желание выздороветь может оставить отпечаток нереальности на процессе анализа в его начале, поскольку пациент (особенно с нарциссическим типом организации личности) может увидеть в психотерапевте-аналитике копию могущественной и доброжелательной фигуры из его реального или фантастического прошлого.

Ответом терапевта на свободное ассоциирование пациента является особый способ слушания, который подчиняется **правилу «свободно парящего»,** или **равномерно распределенного, внимания.** Согласно этому правилу, терапевт слушает размышления своего пациента и временно идентифицируется с его аффектами и мыслями. В то же время он следит за собственными ассоциациями, которые в значительной степени стимулированы продукцией пациента. Поскольку, по крайней мере теоретически, чувствительность терапевта к мыслям и чувствам превышает возможности контроля пациента, обычно открывается возможность выработать некоторые предположения о том, что пациент пытается скрыть. Таким образом, терапевт может более прямым путем подойти к тому, что пациент пытается выразить косвенно с помощью метафор или действий. Так же как пациент в своем Эго создает терапевтическое расщепление между собственными переживаниями и наблюдением за этими переживаниями, терапевт открывается для собственных аффективных и идеаторных реакций на пациента, одновременно наблюдая за ним. В количественном выражении аффект, с которым приходится сталкиваться терапевту, значительно слабее того, с которым имеет дело пациент, что дает терапевту возможность оставаться более объективным по сравнению с пациентом в отношении продукции последнего.

Чем дольше пациент и психотерапевт работают вместе, чем лучше терапевт знает своего пациента, тем легче достичь «свободно парящего» внимания. Если психотерапия продвигается успешно, терапевт накапливает сложные последовательности ячеек памяти, связанных с данным пациентом и доступных предсознательному терапевта. Иногда терапевт вообще может слушать вполуха или «считать ворон», однако, наблюдая за собственными

фантазиями, он может обнаружить нечто весьма отдаленное от того, что говорит пациент, и лишь минутой позже услышать от него рассказ, идентичный собственным переживаниям. Подробные переживания показывают, насколько точно и активно терапевт может идентифицироваться с пациентом, насколько его собственная база данных о пациенте достаточна для возникновения таких свободных ассоциаций, которые могли бы быть и у самого пациента.

В дополнение к основному правилу существует другое правило, **правило нейтральности (абстинентности).** Часто (и не очень верно) это правило понимают таким образом, что пациент во время курса психотерапии должен отказаться от удовлетворения влечений. Однако согласно этому правилу пациент должен быть подготовлен *к* тому, чтобы продлить задержку удовлетворения инстинктивных желаний, с тем чтобы быть в состоянии говорить о них во время лечения. Психодинамический процесс может продвигаться только при условии оптимальной фрустрации желаний пациента, когда пациент может осознавать свои психические напряжения вместо того, чтобы уменьшать их с помощью непродуктивного удовлетворения или вытеснения. Подобно интерпретации, фрустрация должна быть четко выверенной по времени и дозироваться согласно способности пациента выдержать и интегрировать ее в любой момент терапии.

Из правила нейтральности вытекает **принцип оптимальности,** который делает процесс психодинамической терапии (особенно клинического психоанализа) большей частью медлительным и даже скучным. Психотерапевт, соблюдая принципы поддержки оптимального уровня тревоги у своего пациента, оптимального дозирования интерпретаций и удовлетворений, склонен рассматривать любой внезапный порыв как неудачу и потенциально травматическое переживание. Фрейд называл это «совершенной неудачей». Хотя часто целью психодинамической терапии остается устранение вытеснения и восстановление пробелов в воспоминаниях, постепенная интеграция вытесненного материала в целостную структуру личности является основным требованием психодинамической работы. Если работа идет слишком быстро, существует опасность, что психотерапия сама по себе станет опасной ситуацией. К этому особенно стремятся некоторые пациенты с мазохистическим типом организации личности, делая процесс психотерапии настолько травматичным, насколько это возможно.

Специфические и неспецифические средства психодинамической терапии.

Эволюция концепций и понятий психодинамической терапии позволяет утверждать, что современный психодинамический метод сформировался в результате постепенного отказа от суггестивных методов и сосредоточения внимания на инсайте и воспоминаниях пациента, поддерживаемых интерпретациями психотерапевта. Поэтому, как отмечают Х. Томэ и Х. Кэхеле, «несмотря на сомнения в связи со смыслом, приписываемым понятиям "специ-

фический" и "неспецифический", терапевтические средства легче классифицировать в рамках этих критериев, нежели по контрасту объектных отношений и интерпретации» (Томэ, Кэхеле, с. 371). При этом они указывают, что эти факторы должны рассматриваться как взаимодействующие. В определенных ситуациях фактор, обычно являющийся неспецифическим и входящий в состав молчаливого фона, может выйти на первый план и превратиться в специфическое средство.

Интерпретация и реконструкция

В литературе, посвященной средствам психодинамической терапии, **интерпретации** отводится особое место. Так, Э. Бибринг отмечает, что «интерпретация есть высшая инстанция в иерархии терапевтических принципов, на которых основывается психоанализ» (здесь и далее цит. по: Сандлер, Дэр, Холдер). М. Жиль утверждает, что «психоанализ есть метод, с помощью которого занимающий нейтральную позицию психоаналитик вызывает у пациента появление невроза регрессивного переноса и затем его прекращение исключительно путем интерпретации». X. Лоувальд замечает, что «психоаналитические интерпретации основываются на самопонимании, а самопонимание реактивируется в акте интерпретации пациенту». Дж. Арлоу констатирует, что «с самого начала своей истории психоанализ представлял собой науку ума, дисциплину интерпретации: сначала в психопатологии, а позднее — в умственной деятельности в целом...[20] рассматривается как существенный элемент психоаналитической техники, способствующий получению терапевтических результатов с помощью психоанализа... интерпретации — наиболее характерный инструмент в арсенале психоаналитика».

Первые разработки в области психоаналитической интерпретации были связаны с интерпретацией сновидений. В «Толковании сновидений» Фрейд определил интерпретацию как процесс понимания и восстановления психоаналитиком латентного содержания сновидений путем изучения свободных ассоциаций пациента. Поэтому на ранних этапах развития психоанализа интерпретация носила выраженный дидактический характер. Психоаналитик раскрывал пациенту свою интерпретацию и объяснял ее.

По мере дальнейшей разработки техники психоанализа Фрейд стал говорить о том, что психотерапевт не должен открывать пациенту свою интерпретацию его снов и свободных ассоциаций, а держать ее в секрете от него до того времени, пока со стороны пациента не появятся признаки сопротивления. С этого времени Фрейд стал выражать свое «неодобрительное отношение к любому методу, при котором аналитик объясняет пациенту симптомы его болезни, как только сам для себя их раскрывает...». Кроме того, он начал проводить разграничение между интерпретацией и *передачей* интерпретации. Так, он писал: «Когда вы нашли правильную интерпретацию, перед вами встает другая задача. Вы должны дождаться подходящего момента, когда можно было бы сообщить свою интерпретацию пациенту с известной

[20] Интерпретация.

надеждой на положительный эффект... Вы сделаете большую ошибку, если... обрушите свою интерпретацию на голову пациента сразу же, как только ее обнаружили».

В 1927 г. Фрейд ввел еще одно разграничение между интерпретацией и конструкцией (сегодня чаще называемой реконструкцией). Он стал считать, что понятие интерпретации относится к тому, что производится с каким-то единичным элементом психотерапевтического материала (например, ассоциацией или оговоркой). Но когда предметом рассмотрения оказывается какое-то событие из истории жизни пациента, которое он сам забыл, вступает в действие **реконструкция** — «предварительная работа», способствующая появлению воспоминаний или их воспроизведению в виде переноса.

На более поздних этапах, по мере теоретической разработки структурного подхода и переноса акцента в психотерапевтической работе на анализ сопротивления и защит, все большее внимание стали уделять не только тому, *что* психотерапевт выбирает для сообщения пациенту, но и тому, *когда* и *в какой форме* он это делает. Кроме того, стали больше выделять невербальные факторы, которые входят в эффективную интерпретацию. К. Бреннер писал, что «для него тон и аффект коммуникации представляются важными аспектами терапевтического вмешательства в той мере, в какой они вносят свои вклад в то значение, которое им придает психоаналитик, а следовательно в той мере, в какой они облегчают инсайт». Другие авторы подчеркивали значение контекста отношений между аналитиком и пациентом для создания творческой, обеспечивающей инсайт интерпретации. Х. Блюм «придавал значение реальностям аналитической ситуации, таким как внешняя обстановка, стиль и действия (возможно, что и действия неправильные) психоаналитика, как экстратрансферентным факторам, имеющим тенденцию активировать или придавать реальность трансферентным фантазиям и упоениям».

На современном этапе термин «интерпретация» используется и как синоним почти всех видов словесного (а иногда и несловесного) воздействия на пациента, с одной стороны, и как специфическое разнообразие вербального участия — с другой. Р. Левенштейн считает, что комментарии со стороны психотерапевта, «создающие условия, вне которых процесс психоанализа был бы невозможен», являются не интерпретациями, а скорее комментариями, цель которых — освободить ассоциации пациента (например, те, «что вынуждают пациента следовать основополагающему правилу, цель которого — ослабить барьер или цензуру, существующие в обычных условиях между бессознательными и сознательными процессами...»). Собственно интерпретации — это вербальное участие, производящее «те динамические изменения, которые мы называем инсайтом». Левенштейн, таким образом, исключил из понятия интерпретации инструкции и объяснения. **Инструкцию** он считает термином, «применимым к тем пояснениям, которые аналитик дает пациентам, они увеличивают знание пациентов о себе. Такие знания извлекаются психоаналитиком из элементов, содержащихся и выражающихся в мыслях, чувствах, словах и поведении пациента».

К. Эйслер, напротив, указывает, что некоторые вербальные интервенции (то, что он назвал «параметрами метода») не входят в «базисную модель психоаналитического метода», но являются также важными для психотерапевтического процесса. Сюда относятся инструкции и **вопросы,** проясняющие получаемый от пациента материал. Он придерживается мнения, что «вопрос как тип коммуникации есть основной и, следовательно, необходимый инструмент анализа, инструмент, весьма отличный от интерпретации».

Р. Гринсон выделил некоторые из вербальных компонентов аналитического метода. Он считает, что «сам термин "анализирование" есть краткое выражение, обозначающее... некоторые приемы, способствующие возникновению инсайта». К таким приемам он относит: 1) **конфронтацию** — процесс привлечения внимания пациента к какому-то конкретному явлению с целью его прояснения и понуждения пациента к признанию того, чего он избегает и что ему в дальнейшем придется признать и осознать еще более четко; 2) **разъяснение** — процесс выявления психологических явлений, с которыми сталкивается пациент (и которые он готов немедленно рассмотреть); 3) **интерпретацию,** в понимании Гринсона означающую «перевод в осознанное состояние бессознательного смысла источника, истории, способа или причины данного психического события», и 4) **проработку.**

Таким образом, термин «интерпретация» используется в литературе по психодинамической терапии в следующих значениях:

1) выводы и заключения психотерапевта, касающиеся бессознательного значения и важности коммуникаций и поведения пациента;

2) сообщение психотерапевтом своих выводов и заключений пациенту;

3) все комментарии, делаемые психотерапевтом;

4) вербальные интервенции, специфически направленные на выявление «динамических изменений» посредством инсайта.

Кроме того, иногда проводится различие между интерпретацией и следующими интервенциями:

1) инструкциями, даваемыми пациенту относительно процедуры проведения психодинамической терапии для того, чтобы создать и поддерживать соответствующую атмосферу;

2) восстановлением некоторых аспектов предшествующей ранней жизни и жизненного опыта пациента на основании материала, получаемого во время психотерапии;

3) вопросами, имеющими своей целью извлечение и разъяснение материала;

4) подготовкой к интерпретации (например, демонстрацией повторяющихся паттернов в жизни пациента);

5) конфронтацией (в том виде, как их описывает Гринсон);

6) разъяснениями (также в том виде, как их описывает Гринсон).

Однако до сих пор считается, что ни одно определение интерпретации не является полным.

Отметим еще один момент, касающийся динамики интерпретации. Дж. Арлоу пишет: «Интерпретация не представляет собой простого, прямолинейного процесса. Это процесс сложный, разворачивающийся в логической последовательности... Аналитик интерпретирует динамический эффект каждого фактора, который вносит свой вклад в бессознательные конфликты в психике пациента. Он демонстрирует, как в разные моменты ощущения вины, страха наказания, утраты любви, реальных последствий чего-либо противостоят или накладываются на фантастические желания, пережитые пациентом в детстве. Аналитик разъясняет пациенту, как динамические сдвиги в его ассоциациях свидетельствуют о влиянии многих сил в конфликте, происходящем в психике пациента. Вследствие этого процесс интерпретации может занимать значительный период, в течение которого психоаналитик движется вперед в размеренном темпе, реагируя на динамическое взаимодействие между желанием, защитой и виной на каждом уровне интерпретации».

Содержательный аспект интерпретаций подробно и часто рассматривался в психодинамической литературе, особенно с точки зрения относительной эффективности различных ее типов.

Интерпретация содержания — процесс «перевода» манифестного материала в то, что понимается психотерапевтом как раскрытие его более глубокого смысла (обычно с особым акцентом на сексуальных и агрессивных желаниях и фантазиях детства пациента). Этот тип интерпретации был самым распространенным в первые десятилетия существования психоанализа. Такие интерпретации скорее рассматривают смысл (бессознательное содержание) того, что считалось подавляемым в психике пациента, нежели сами конфликты и борьбу, державшие эти воспоминания и фантазии в сфере бессознательного.

Символические интерпретации, представляющие собой перевод символических значений в том виде, как они проявляются в снах, оговорках и т. п.

Интерпретация защит является особой формой анализа сопротивлений, нацеленной на показ пациенту механизмов и стратегий, которыми он пользуется для защиты от болезненных ощущений, связанных с тем или иным интрапсихическим конфликтом, а если это возможно, то и происхождения этих действий. Интерпретации защиты считаются неотъемлемым компонентом интерпретаций содержания, поскольку последние рассматриваются как недостаточные в случае, если пациенту не раскрыт способ, с помощью которого он справляется со своими инфантильными импульсами. По этому поводу А. Фрейд замечает: «Техника, которая ограничивается исключительно переводом символов, заключала бы в себе опасность выявления материала, который бы полностью состоял из содержания Ид (оно)... Оправдать такой метод можно было бы, сказав, что не было необходимости идти более длинным путем через Эго... Тем не менее результаты такого анализа были бы неполными».

Допуск того, что одни виды интерпретации более эффективны, чем другие, содержится в понятии **мутационной (изменчивой) интерпретации.** Под ним, согласно определению Дж. Стрейчи, понимаются интерпретации, вызывающие изменения Суперэго пациента. Непременным условием их эффективности является непосредственная связь с процессами, происходящими в аналитической ситуации непосредственно «здесь и сейчас» (так, по мнению Стрейчи, только интерпретации таких непосредственно происходящих процессов, особенно процессов переноса, обладают достаточной актуальностью и значительностью, чтобы произвести фундаментальные изменения). Это положение сыграло значительную роль в развитии точки зрения, согласно которой психотерапевту следует производить только интерпретации переноса, так как это единственный вид интерпретаций, которые оказываются эффективными (мутационными).

Как отмечают Дж. Сандлер, К. Дэр и А. Холдер, в последнее время наблюдается возобновление интереса к **экстратрансферентным интерпретациям.** X. Блюм по этому поводу пишет: «Экстратрансферентная интерпретация — это вид интерпретации, в определенном смысле лежащей вне отношений аналитического переноса. Хотя интерпретативное разрешение трансферентного невроза является центральной сферой аналитической работы, перенос не занимает центрального места в интерпретации, равно как он не является и единственной эффективно мутирующей интерпретацией или всегда наиболее значимой интерпретацией... Экстратрансферентная интерпретация по своему месту и значению не является просто вспомогательной, подготовительной или дополнительной по отношению к трансферентной интерпретации. Анализ переноса играет существенную роль, но экстратрансферентная интерпретация, включающая генетическую интерпретацию и реконструкцию, также необходима... Аналитическое понимание должно охватывать накладывающиеся в некоторых аспектах друг на друга трансферентную и экстратрансферентную сферы, фантазию и реальность, прошлое и настоящее. Приверженность некоторых психоаналитиков к анализу исключительно переноса несостоятельна и может привести к искусственному сведению всех ассоциаций и интерпретаций к трансферентному шаблону и к идеализированному сумасбродству двоих *(folie a deux)».*

X. Кохут в рамках Сэлф-психологии предложил специфическую технику интерпретации, разработанную для проведения психодинамической терапии пациентов с нарциссическими отклонениями, а также пациентов на пограничном уровне функционирования. Согласно Р. Орнстейну, «психоаналитическая психология самости расширила теоретически и клинически центральные понятия психоанализа — понятия переноса и сопротивления, и наряду с этим произошли решительные двойные изменения, касающиеся того, как мы формулируем и фокусируем наши клинические интерпретации. Это был сдвиг: а) от единичных интерпретативных высказываний к более объемным реконструкциям или, как мы сказали бы сейчас, реконструктивным интерпретациям, и б) от преимущественно обосновываемого дедуктивно *(inferen-*

tial) к преимущественно эмпатическому методу наблюдения и коммуникации».

Таким образом, структура и содержание интерпретаций в значительной степени зависят от приверженности психотерапевта конкретной психодинамической теории. При этом по поводу оценки эффективности интерпретации также существуют разногласия, определяемые идеологической приверженностью авторов.

Например, Э. Гловер высказал предположение, что неточные и неполные интерпретации в определенных обстоятельствах все же могут способствовать некоторому терапевтическому успеху. Он объясняет этот успех тем, что в данном случае пациент обеспечивается альтернативной системой или организацией, способной действовать в качестве «нового заменяющего продукта» (на месте предшествующего симптома), «который Эго пациента теперь и воспринимает».

С. Айзекс при обсуждении процесса интерпретации придерживалась точки зрения о том, что опытный психотерапевт благодаря своим профессиональным навыкам использует интерпретации как научные гипотезы относительно деятельности пациента. Она пишет, что «такое понимание более глубокого смысла материала пациента иногда описывается как интуиция. Я предпочитаю избегать данного термина из-за его мистического подтекста. Сам процесс понимания, возможно, в значительной степени является бессознательным, но не мистическим. Его лучше назвать *перцепцией.* Мы воспринимаем бессознательное значение слов и поведение пациента как объективный процесс. Наша способность проследить его зависит... от богатства процессов, происходящих в нас самих, частично сознательных, частично бессознательных. Но это есть объективное восприятие того, что происходит в психике пациента, и оно основывается на реальных данных».

Это понимание интерпретации не разделял Ч. Райкрофт, считавший, что Фрейд не пытался объяснить явление «каузально», а стремился понять и определить его смысл. Соответственно процедура, которой он занимался, была не научным процессом установления причин, а семантической операцией раскрытия его смысла. Действительно, можно утверждать, что работа Фрейда в значительной степени была семантической акцией и что он сделал революционное открытие в семантике, гласящее, что невротические симптомы являются значимыми завуалированными коммуникациями, но из-за своего естественно-научного образования и приверженности к научной форме он сформулировал свои открытия в концептуальной рамке физических наук.

Взгляды Э. Криса являются промежуточными между двумя этими крайними позициями. Он ссылается на «хорошо известный факт, что восстановление событий детства вполне может быть связано и, как я полагаю, в действительности достаточно часто связано с некоторыми мыслительными процессами и ощущениями, которые не обязательно "существовали", когда происходило данное "событие". Они, возможно, либо никогда не достигали сознания, либо возникли гораздо позже во время "цепи событий", с которой увя-

зывалось первоначальное переживание. Через реконструктивные интерпретации они имеют тенденцию стать частью выбранного набора событий прошлого, составляющего биографическую карту, которая в благоприятных случаях поднимается в сознание в ходе психоаналитической психотерапии».

В связи с проблемой зависимости эффективности интерпретации от теоретической ориентации психотерапевта М. Балинт подчеркивал, что конкретный аналитический язык, используемый специалистом в процессе психотерапии, равно как и система ссылок, неизбежно определяет то, как пациент приходит к пониманию самого себя. С этой точки зрения, по-видимому, можно утверждать, что терапевтические изменения, являющиеся следствием действия психотерапии, в значительной степени зависят от создания стройной и организованной концептуальной и эмоциональной системы, в рамки которой пациент может эффективно поместить себя и свое субъективное переживание себя и других. Р. Майкелз пишет о том, что «любая интерпретация представляет собой миф в том смысле, что интерпретация предлагает организующий принцип понимания опыта, пережитого пациентом, принцип интегрирования его прошлого в контексте значения ранее недостижимого для него. Всякая интерпретация есть миф в том же смысле, как и то, что любая история есть миф. Интерпретации не являются либо истинными, либо ложными. Каждому набору "фактов", относящихся к прошлому, соответствует множество мифов. Историческая истина нераскрываема, иметь место могут лишь попытки дать объяснение фактам, которые следует воспринимать только с учетом существующих ограничений».

Развивая эти идеи, Р. Шейфер выдвинул положение о том, что психоанализ следует рассматривать как **повествовательную транзакцию**. Он пишет, что «в действительности аналитик рассматривает и то, о чем говорит пациент, и паузы, которые он делает во время своего рассказа, видя в них специфические особенности выступления пациента в роли рассказчика, т. е. его изложения событий, происшедших с ним в прошлом или происходящих в настоящем... Когда пациент рассматривается как человек, выступающий с рассказом о каких-то событиях, то понятно, что он дает лишь одну версию из целого ряда возможных описаний этих событий. При таком взгляде становится понятным, что мы не имеем доступа к событиям прошлого, ибо эти события могут существовать лишь как часть повествовательных описаний, которые были созданы или могут быть созданы пациентом или психоаналитиком с различными целями и в различных контекстах... можно сказать, что психоаналитик вовлечен в действия по пересказу или повествовательной ревизии, пересмотру... он следит за развитием определенных линий сюжета, связанного с развитием личности пациента, конфликтными ситуациями, которые тот когда-то пережил, и субъективным переживанием, и специфика этого прослеживания показывает отличительные черты его аналитической теории и его подхода... мы, следовательно, можем говорить о том, что аналитическая интерпретация далека от раскапывания и восстановления старых, давно забытых событий как таковых, имевших место в прошлом, она создает

и развивает новые живые, вербализируемые и вербализированные версии изложения этих событий. Только в таком случае эти новые версии могут занять прочное место в непрерывной, убедительной, связной и современной психоаналитической истории жизни пациента».

Д. Спенс отмечает, что истинность интерпретации или реконструкции никогда не может быть известна. Психотерапевт в психодинамической терапии конструирует «историю», которая удовлетворяет определенным эстетическим и прагматическим критериям, и интерпретирует ее в рамках повествовательной традиции, в которой важными аспектами являются связность, последовательность и способность убеждать рассказчика. Вместо исторической истины выступает истина повествовательная, которая создает способ понимания и объяснения фактов прошлого и дает внешнюю уверенность, заменяющую истинные знания, недоступные для психотерапевта.

Инсайт

Понятие **инсайта** широко используется не только в психодинамической терапии, но и в других видах психотерапии, а также в психологии и психиатрии в целом. На ранних этапах развития психоанализа под ним имелось в виду только эмоциональное отреагирование терапевта. С переходом к теории влечений термин «инсайт» стал обозначать понимание психотерапевтом материала, получаемого от клиента. Постепенное осознание необходимости анализировать перенос и трансферентные сопротивления привело к пониманию важности эмоционального контекста, на фоне которого и происходит понимание пациентом своих проблем. Однако большинство психоаналитиков считают, что интеллектуального понимания причин проблем недостаточно для успеха терапии, иначе, как отмечают Дж. Сандлер, К. Дэр и А. Холдер, «пациента можно было бы излечить, предоставив ему учебник по психоанализу». С точки зрения психодинамической терапии прежде всего необходимо определенное эмоциональное переживание, аккомпанирующее интеллектуальному пониманию.

Несмотря на констатацию того что «интеллектуальные» элементы в инсайте сами по себе неэффективны, в последнее время все большая роль в порождении инсайта отводится когнитивным процессам. Так, Дж. Барнетт замечает, что «знание действительно становится инсайтом только тогда, когда сопровождается значительными изменениями в психической деятельности пациента и способах организации опыта. Наш интерес к инсайту должен сдвинуться в направлении перестройки и переструктурирования познавательной деятельности пациента как моста между инсайтом и терапевтическими изменениями».

Одновременно с признанием когнитивных аспектов инсайта стал разрабатываться вопрос о способности к инсайту. Детский психоаналитик Х. Кенneди описал изменения в способностях к инсайту, происходящих на протяжении жизни, начиная от ребенка дошкольного возраста до отрочества и взрослого возраста. Эти способности развиваются «от случайных осознаний ребенком состояния удовольствия и боли к сознательному и объективному са-

монаблюдению взрослого с интрапсихическим фокусом, который, вместе с интегративными функциями Эго, включает инсайт в полезные психические контексты».

А. Фрейд писала о развитии способности к инсайту в детстве и рассматривала вопрос о наличии и отсутствии этой способности как факторов нормального развития. Она пришла к выводу, что для ребенка, не развившего адекватного инсайта, «второй шанс» в этом отношении дает юность.

В связи с признанием важности инсайта в развитии личности П. Грей пишет о том, что каждая новая ступень инсайта, достигаемая пациентом, «сопровождается важным, приобретаемым на опыте инсайтом, что Эго взрослого действительно способно сознательно, силой воли справляться с ограничениями и разрядкой инстинктивных проявлений жизни... Этот аспект терапевтического действия есть форма *познания* своей способности управлять силами Эго с *помощью опыта* автономного постепенного контроля над импульсами, подлежащими коррекции». Он замечает, что «в соответствующие моменты, используя необходимые слова, я приглашаю пациента принять участие в наблюдении за тем, что происходит».

Значение образования у анализируемого «идеала инсайта» подчеркивается Х. Блюмом: «Психоаналитический инсайт в бессознательные процессы и содержания включает в себя постепенную трансформацию внутренних запретов и идеалов путем терпимого отношения к ранее запрещенным любопытству и знанию. Аналитический процесс зависит от послабления цензуры и анализа мотивов и способов самокритики и самонаказания».

М. Хоровиц указывает на то, что процесс открытия и инсайта может продолжаться и развиваться и после того, как курс психотерапии закончен. Он пишет: «Из ряда успешно проведенных психоанализов, по всей видимости, можно сделать вывод о том, что ответные реакции на интерпретацию, ведущие к полезному инсайту, подвергаются постоянному пересмотру как в ходе психоанализа, так и после его завершения. Эта постоянная ревизия позволяет учитывать собственные открытия пациента и связана с его памятью, реконструкцией или его биографией».

Проработка

Клиническое понятие **проработки** впервые появилось в статье Фрейда «Вспоминание, повторение и проработка». В ней он говорил о том, что в первой фазе развития психоанализа цель лечения состояла в **вызывании** в памяти больного патогенного травматического события, послужившего причиной возникновения невроза. Затем, по мере отказа от гипнотических методов, задачей психоаналитического лечения стало **восстановление** важных забытых воспоминаний и связанных с ними последствий через свободные ассоциации пациента, что, в связи с сопротивлением, требовало от последнего «напряженной работы». Впоследствии восстановление важных воспоминаний уступило место **повторению** этих событий в форме переноса и отреагирования. Работа психоаналитика теперь в большей степени рассматривалась

как направленная на интерпретацию сопротивлений пациента, а также на раскрытие ему того, как прошлое повторяется в настоящем. Но даже если психоаналитику удавалось раскрыть наличие сопротивления и показать его пациенту, этого оказывалось недостаточно, чтобы добиться улучшения его состояния. По этому поводу Фрейд писал: «Необходимо дать пациенту время осознать это сопротивление, о существовании которого ему теперь известно, *проработать* его и преодолеть, — продолжая аналитическую работу в соответствии с фундаментальным правилом психоанализа... Эта проработка сопротивления может оказаться на практике сложной задачей для пациента и тяжелым испытанием для психоаналитика. Тем не менее это часть работы, которая производит большие изменения в состоянии больного и которая отличает психоаналитическую процедуру от любого вида лечения суггестивным методом».

Хотя Фрейд позднее дифференцировал ряд различных источников сопротивления, он связывал необходимость проработки с конкретной формой сопротивления, проистекающей от «принуждения к повторению», и так называемого «ид-сопротивления». Кроме того, говоря о необходимости проработки, Фрейд писал о «психической инерции», о «залипании» и «медлительности» либидо как о силе, препятствующей успеху психотерапии. Таким образом, для Фрейда термин «проработка» подразумевал совместную работу психотерапевта и пациента по преодолению сопротивлений к изменению, связанных прежде всего с тенденцией инстинктивных влечений цепляться за привычные для них модели разрядки. Проработка представляла собой аналитическую работу, *дополнительную* по отношению к работе психоаналитика по раскрытию конфликтов и сопротивлений. Интеллектуальный инсайт без проработки считался недостаточным для достижения терапевтического успеха, поскольку в этом случае сохранялась тенденция повторения привычных способов функционирования.

В дальнейшем исследователи подчеркивали, что важное значение для проработки имеет **прослеживание** конфликта в различных областях жизни пациента. Как пишет об этом Ф. Фромм-Райхман, «...восприятие пациентом любой новой информации, любое осознание, достигаемое интерпретативными разъяснениями, должно завоевываться снова и снова и проверяться в новых связях и контактах с другими, переплетающимися с ними переживаниями, независимо от того, могут ли они или не могут сами по себе подвергнуться интерпретации».

П. Гринейкер подчеркивала важность проработки в тех случаях, когда событие травматического характера, пережитое в детстве, имело обширные последствия для различных сторон личности. «Уже давно признано, что если воспоминания детства восстанавливаются слишком быстро или отреагируются в переносе, не подвергаясь адекватной интерпретации, абреакция в рассматриваемый момент может стать достаточно ощутимой, но не иметь длительного воздействия. В таких случаях проработка не считалась необходимой для восстановления памяти. Но сейчас признана необходимость поддержания

любого терапевтического воздействия: не чтобы уменьшить сопротивление и добраться до воспоминаний, а чтобы вновь и вновь демонстрировать пациенту действие инстинктивных тенденций в различных жизненных ситуациях». Далее она пишет, что «механизмы защитного конфликта в какой-то степени сохраняются, если этот конфликт и его воздействие в различных ситуациях не подвергаются постоянному разбору...». Она также высказывает мысль о том, что заострение внимания на анализе механизмов защиты привело к «признанию необходимости последовательной работы с паттернами защиты... Эта работа в значительной степени охватывает то, что ранее было названо проработкой».

В своих рассуждениях по поводу проработки С. Ноуви высказывал мысль о том, что во взаимоотношениях пациента и психотерапевта существуют факторы, общие с другими методами лечения, которые способствуют необходимости проработки. Эти факторы (поддерживающие методы и т. д.) столь же необходимы, как и правильная интерпретация. Кроме того, С. Ноуви подчеркивал, что проработка встречается не только в аналитической ситуации. «Во многом то, что можно было бы назвать проработкой в подлинном смысле данного термина, это время, используемое на переживание и повторное переживание в интеллектуальном и эмоциональном смыслах, имеющих целью вызвать ощутимые изменения в состоянии пациента». А. Валенштейн высказывался подобным образом в отношении «работы», которая может продолжаться и после завершения психодинамической терапии, в период автономного самоанализа, новые инсайты влияют на структуризацию психического материала.

Р. Гринсон дал определение проработки через инсайт и изменение. «Мы не рассматриваем аналитическую работу как проработку до того, как пациент пройдет через инсайт, проработка начинается лишь после этого. Цель проработки — сделать инсайт более эффективным, т. е. произвести в психическом состоянии пациента как можно более заметные и прочные сдвиги... Анализ сопротивлений, препятствующих тому, чтобы инсайт дал ощутимые результаты, и есть задача проработки. Вклад в эту работу вносят как пациент, так и психоаналитик... проработка есть в значительной степени повторение, углубление и расширение анализа сопротивлений».

Несколько позднее Гринсон добавил, что «только аналитическая работа, ведущая к инсайту, и может быть названа аналитической работой в подлинном смысле, в то время как аналитическую работу, ведущую от инсайта к изменениям в поведении, отношении и структуре, следует считать проработкой». Элементы этой работы заключаются в следующем: 1) повторение интерпретаций, особенно анализ трансферентных сопротивлений; 2) разрушение изоляции, отделяющей аффекты и импульсы от переживаний и воспоминаний; 3) расширение и углубление интерпретаций, раскрытие множественных функций и детерминант прошлой жизни и производных поведенческих фрагментов; 4) реконструкции прошлого, помещающие пациента и другие жизненно важные фигуры из его окружения в живую перспективу (сюда от-

носятся и реконструкции образа самого себя в различные промежутки прошлого); 5) изменения, ведущие к облегчению в реакциях и поведении, в свою очередь позволяющие ранее заторможенному пациенту решиться на проявления новых типов реакций и поведения в отношении импульсов и объектов, которые до этого он считал опасными для себя. Обычно пациент сначала подвергает проверке это новое для себя поведение в аналитической ситуации, а затем уже реализует во внешнем мире. Это новое поведение является в какой-то мере менее искаженной производной опыта ранних лет пациента.

М. Шейн предложил рассматривать проработку в процессе развития, подчеркивая, что этот процесс аналогичен процессу, происходящему при нормальном развитии ребенка. Он говорил, что «интерпретация является необходимым, но недостаточным элементом для объяснения терапевтического изменения... процесс проработки состоит не только из повторяющейся интерпретации сопротивления и содержания в многочисленных эпизодах из прошлого пациента, но также и из не менее важного процесса развития». Это развитие рассматривалось как способствующее структуральному изменению, являющемуся результатом ряда шагов, следующих за каждой правильной интерпретацией: 1) получение и понимание нового инсайта (включая преодоление сопротивлений инсайту); 2) применение нового инсайта для реализации других способностей (начало структурного развития); 3) постижение самого себя в новом качестве в результате реализации своих новых способностей (продолжающееся структурное развитие); 4) скорбь по поводу утраты старой самости, преодоление ее и старых объект-привязанностей (с консолидацией структурного развития).

Неоднозначным остается и вопрос о том, является ли проработка работой пациента или психотерапевта. Ранние психоаналитические авторы (например, О. Фенихель, Э. Гловер и др.) считали, что проработка — это преимущественно работа, предпринимаемая психотерапевтом, а не пациентом. Этой точки зрения придерживаются и некоторые сторонники теории М. Кляйн. Так, И. Пик пишет: «Постоянное проецирование пациента на психоаналитика есть сама сущность психоанализа: всякая интерпретация имеет целью движение от параноидно-шизоидного состояния к депрессивному. Это справедливо не только в отношении пациента, но и в отношении психоаналитика, который снова и снова испытывает потребность в регрессии и проработке. Я подозреваю, что истинная проблема выбора глубинной или поверхностной интерпретации коренится не столько в терминах, обозначающих уровень, к которому идет обращение, а в том, до какой степени психоаналитик проработал процесс внутренне в ходе выработки своей интерпретации... проблема состоит в том, в какой степени психоаналитик позволяет себе иметь то или иное переживание, переварить его, сформулировать в виде интерпретации и изложить пациенту».

Другой представитель кляйнианской школы, Э. О'Шоннеси, напротив, подчеркивает работу, проделываемую пациентом: «...когда пациент ощущает, что психоаналитик понимает его слова (меняющиеся интерпретации), он мо-

жет постепенно проникаться сознанием своих изначальных способов взаимодействия, пока наконец не приобретет способность понимать себя самостоятельно, выражаясь при этом своими собственными словами. Это вызывает структурное изменение и возобновление в развитии Эго, а это и есть момент мутативного изменения. Короче: меняющиеся интерпретации сами по себе не есть изменения. Они ставят пациента в ситуацию изменения. Но он сам должен осуществить активную, варьирующую проработку своими собственными словами».

М. Седлер добавляет по этому поводу: «Психоанализ четко определил проблему невроза, но он не может разрешить ее; это должен сделать сам для себя каждый индивид. Аналитическая ситуация структурирована специально таким образом, чтобы способствовать этому разрешению, и психоаналитик, его технические навыки и ситуация переноса являются неотъемлемыми факторами в общем процессе... проработка обозначает тот аспект процесса, который анализируемый в конечном счете считает для себя самым дорогим, ибо он олицетворяет свой собственный триумф — а отнюдь не наш — над скрытыми действиями своей невротической жизни».

Таким образом, развитие теории психодинамической терапии привело к потере первоначального понимания термина «проработка». Тем не менее он продолжает широко использоваться и рассматриваться большинством психодинамических психотерапевтов как одно из основных клинических и технических понятий психотерапии. Проработка включает в себя как работу пациента, так и работу психотерапевта и связывается с необходимостью преодоления сопротивления, имеющего самые разные источники. С этим понятием также связаны необходимость подкрепления и вознаграждения в психодинамической терапии с целью завершения научения и образования новых структур (соответственно и подавления или исчезновения старых).

Процессуальные модели психодинамической терапии.

Отметим, что сам Фрейд очень мало написал о технике психотерапии. Существующие же технические рекомендации Фрейда по ведению психотерапии, как отмечают X. Томэ и X. Кэхеле, «довольно поверхностны, намеренно туманны и неопределенны в отношении общего хода лечения» (Томэ, Кэхеле, с. 470). Э. Гловер пишет, что «хотя но ним можно составить целую серию правил и стратегий, невозможно вычленить какое-либо понимание целого процесса, помимо простого обозначения начальной, средней и заключительной фаз анализа» (здесь и далее цит. по: Томэ, Кэхеле).

Задача развития моделей психодинамической терапии, которые представляли бы собой нечто большее, чем просто свод технических принципов, а с момента ее постановки Э. Бибрингом на Мариенбадском конгрессе в 1936 г. прошло немало времени, оказалась трудноразрешимой. Поэтому приводимые ниже описания попыток сформулировать процессуальные модели отражают актуальное состояние развития теории в этой области.

Классическая психоаналитическая модель предполагает не дифференцированную по фазам проработку интрапсихических конфликтов пациента на эдиповом уровне. Пациенты, чьи проблемы лежат на других уровнях либо направляются к представителям других видов психотерапии (естественно, психодинамически ориентированных), либо для них создается новая школа психотерапии. Такая ситуация в конце концов привела к специфической дифференциации психоанализа в соответствии с типом заболевания, что вполне соответствует требованиям Фрейда к проведению психоанализа.

Создатель **прогрессирующей модели** П. Фюрстенау (разработавший ее на основе своего опыта клинической супервизии) рекомендует различать в процессе психодинамической терапии два взаимосвязанных процесса, которые вместе составляют **прогрессирующую структуру.** «1) Процесс постепенного структурирования и нормализации Я с периодически возникающими фазами тяжелых структуроформирующих рецидивных кризисов и те способы, какими психотерапевт справляется с ним путем замещения и поддержки, и 2) процесс сценического развертывания и обработки фиксаций, слоя за слоем, через анализ переноса и контрпереноса».

Фюрстенау выделяет семь фаз психотерапии, каждая из которых описывается им с позиций проработки жестких паттернов, которые несет с собой пациент, и построения нового паттерна взаимоотношений. В первой фазе психотерапевт играет в отношении пациента материнскую роль с целью обеспечения атмосферы безопасности. Во второй фазе пациент разворачивает свою симптоматику. При этом он все еще мало интересуется пониманием бессознательных связей, но делает важные открытия в отношении надежности и уверенности терапевта. В третьей фазе происходит обращение пациента к негативным аспектам ранних взаимоотношений с матерью. В четвертой фазе происходит обращение к себе (к собственному Я) путем выявления скрытой агрессии и оскорблений из области ранних отношений матери и ребенка. На этой фазе возможно улучшение диффузных депрессивных симптомов. Кроме того, пациент на собственном опыте узнает, что аналитик интересуется его скрытыми фантазиями, но делает это ненавязчиво и не заставляет его испытывать чувство вины за свой нарциссический уход. В пятой фазе выявляется сексуальная идентичность пациента. Эта тема продолжается в шестой фазе — фазе эдиповой триангуляции. Завершение лечения в седьмой фазе облегчается вновь развившимися отношениями, которые пациент смог установить как с самим собой, так и с партнерами. В центре внимания находится проработка периода оплакивания, траура и прощания.

Отметим, что в своей модели Фюрстенау различает два класса психических расстройств, которые он называет неврозами с относительно интактным Эго и структурными расстройствами Эго. Последний класс включает пациентов психотического уровня функционирования, с нарциссическим и психопатическим типами организации личности, с наркотическими зависимостями, сексуальными перверсиями и психосоматической патологией. В отличие от психотерапии пациентов с неповрежденным Эго, которая проходит все вы-

шеописанные фазы, особенно при первом из двух частичных процессов, в психодинамической терапии пациентов со структурными расстройствами Эго частичные процессы переплетаются. К тому же для последней группы пациентов характер психотерапии меняется, особенно на первых трех фазах лечения. Например, в первой фазе психотерапевту приходится все в большей степени брать на себя замещающие функции. Более того, не существует ясного перехода к четвертой фазе, и во второй половине этого процесса доминирует чередование занятий пациента собой с занятиями с другими. Соответственно происходит постоянная смена вмешательств аналитика, работающего то над переносом и сопротивлением, с одной стороны, то над укреплением Я пациента — с другой.

Существенным аспектом прогрессирующей процедуры Фюрстенау является то, что психотерапевтический процесс делится на фазы, характеризующиеся фиксированным содержанием. Это имеет большое значение, так как само по себе обладает терапевтической функцией: придает терапевту уверенность в своих силах. Недостатком этой модели, по мнению Х. Томэ и Х. Кэхеле, служит лежащее в ее основе предположение о том, что последовательность фаз в каждом процессе организована подобно линейной проработке онтогенетического развития.

Представитель сэлф-психологии Х. Кохут в своей процессуальной модели настаивал на фундаментальном различии между психотерапевтической техникой, основанной на теории влечений и эгопсихологии, и техникой, базирующейся на его **теории восстановления Я.** Согласно его представлениям, психотерапевтический процесс определяют следующие составляющие:

1) Я-объект ищет себя в других;

2) имеется недостаток эмпатического резонанса со стороны матери, что в конечном итоге определяет дефицитарность Я. Эмпатический резонанс состоит из нескольких определяемых развитием стадий: зеркального переноса, двойникового переноса и идеализирующего переноса Я. Они определяют форму, которую принимает эмпатический резонанс, и описываются как базовые потребности человека;

3) дефицитарность Я дает основу для всех расстройств. В своих более поздних работах Кохут рассматривает даже эдипову патологию как эманацию лишенных эмпатии матери или отца. По его мнению, если Я не было первоначально повреждено, не будет иметь места кастрационная тревога с ее патологическими последствиями;

4) после того как сопротивления, направленные против возобновления Я-объектных фрустраций (т. е. фрустраций, являющихся следствием того, что другой не таков, как нам бы хотелось), преодолены, в терапевтическом процессе происходит мобилизация «Я-объектных переносов» с неизбежными конфликтами в аналитических отношениях. Конфликт имеет место между постоянной потребностью в соответствующих Я-объектных реакциях, с одной стороны, и страхом пациента перед повреждением Я — с другой. Если

пациент чувствует, что его понимают, архаичные нужды, от которых он отказался, возрождаются в отношении к Я-объекту в Я-объектном переносе;

5) отношения между Я анализируемого и Я-объектом, т. е. Я-функцией психотерапевта, неизбежно неполны. А поскольку попытка установить полную эмпатическую гармонию с анализируемым обречена на неудачу, имеют место регрессии Я и симптоматика, понимаемые как продукты дезинтеграции;

6) путем своего эмпатического резонанса психотерапевт чувствует обоснованные потребности пациента в его функции Я-объекта, которые погребены под искаженными манифестациями. Он проясняет ход событий и корректирует свое собственное недопонимание;

7) целью психотерапии является трансформация функции Я-объекта аналитика в функцию Я анализируемого — **трансмутационная интернализация**. При этом укрепление структуры Я не означает никакой независимости от Я-объектов; напротив, это означает большую способность находить их и использовать.

Применение этих положений к процессу психотерапии расстройств невротического круга ведет к следующей структуре фаз:

1) фаза общих упорных сопротивлений;

2) фаза эдиповых переживаний в традиционном смысле, в котором доминируют переживания тяжелой кастрационной тревоги (эдипов комплекс);

3) возобновление фазы тяжелого сопротивления;

4) фаза дезинтеграционной тревоги;

5) фаза легкого беспокойства, перемежающегося с радостными предчувствиями;

6) завершающая фаза, для которой Кохут предлагает термин «эдипова стадия», с тем чтобы указать на ее роль здорового и зрелого шага в направлении развития, начало устойчивого, дифференцированного в соответствии с полом Я, что обещает творчески продуктивное будущее.

Сам Кохут указывает, что одно из теоретических положений, лежащих в основе этой классификации фаз, заключается в том, что процесс анализа обычно идет от поверхности вглубь. Из этого он делает вывод, что последовательность переносов обычно повторяет последовательность развития в обратном порядке. Соответственно конечная цель этой процессуальной модели состоит в том, чтобы продемонстрировать пациенту, что в мире действительно существует поддерживающее эхо эмпатического резонанса.

Критика, которой подвергают эту процессуальную модель Х. Томэ и Х. Кэхеле, состоит в том, что используемый во всех работах Кохута объясняющий механизм является современным вариантом принципа безопасности. На место инстинктивного желания помещается регуляция отношений со значимым другим, который при этом понимается в соответствии с теорией нарциссизма.

У. Мозер представил теорию регулирования психических процессов, в которой объектные отношения, аффекты и процессы защиты описаны с использованием терминологии, обычно применяемой в моделях искусственного интеллекта. В этой модели взаимоотношения пациента и психотерапевта понимаются как взаимодействие двух процессуальных систем, действующих в соответствии с явными и неявными правилами.[21] Основное положение этой модели заключается в том, что психотерапевт и пациент постоянно создают образы (модели) состояния регулирующей системы, как своей собственной, так и других, и их предполагаемого взаимодействия. Важной особенностью модели является то, что устанавливается специальный регулирующий контекст для создания и поддержания взаимоотношений, в него входят желания и правила для реализации взаимоотношений. Правила, управляющие отношениями, включают также те, которые принадлежат к коммуникативным «жестким конструкциям», регулирующим взаимодействие. Такие правила не представляют интереса для психотерапевтического процесса, кроме тех случаев, когда они серьезно нарушены и проявляют себя в качестве патологических явлений. Общее клиническое значение имеют так называемые Я-релевантные правила отношений, которые важны для поддержания стабильности всей регулирующей системы. Им подчинены объект-релевантные правила, следующие за данными социальными правилами отношений. Первое понимание переноса ведет к различению этих двух наборов правил: перенос происходит только там, где вовлечены Я-релевантные правила.

Согласно этой модели, психотерапевтический процесс начинается тогда, когда пациент стремится получить помощь от регулирующей способности аналитика. Он делает это своим типичным путем, определяемым его развитием. Задачей психотерапевтического процесса служит прояснение бессознательно возникающих ожиданий, которые пациент связывает с терапевтом. Для этой цели в модели определяются четыре главные функции терапевтических отношений:

1) расширение процесса когнитивно-аффективного поиска в отношении регулятивной активности, особенно расширение Я-отражающих способностей;

2) подготовка и введение модели отношений между терапевтом и пациентом, с помощью чего улучшаются взаимодействия «здесь и сейчас»; впоследствии эта модель должна быть преобразована в реальные отношение вне терапии;

3) постепенная модификация терапевтического взаимодействия в смысле пересмотра распределения регуляторных функций между терапевтом и пациентом;

[21] В качестве примера процессуальной системы можно представить вторую топику, в которой взаимодействуют три регулирующих контекста — Эго, Суперэго и Ид. Под «контекстом» понимается «свободная группировка аффективных когнитивных функций, взаимодействие которых является более или менее напряженным» (цит, по: Томэ, Кэхеле).

4) модификация регулятивной системы анализируемого средствами большей дифференциации Я-отражающих функций.

Анализ переноса и контрпереноса берет начало в применении этих четырех главных функций к терапевтическим отношениям. Вытекающие отсюда процессы проходят различные фазы, в которых разнообразные анализируемые моменты прорабатываются снова и снова. С этой точки зрения инсайт описывается как построение все более точных способов, поиск которых повторяется вновь и вновь.

Группа под руководством Дж. Вайса и Х. Сэмпсона провела критический анализ различных теорий защит (в рамках теории влечений и эгопсихологии) и предложила определять психодинамическую терапию как конфликт между потребностью пациента выразить свои бессознательные патогенные убеждения и усилиями психотерапевта пройти эти критические ситуации таким образом, чтобы пациент не испытал никакого подтверждения своих негативных ожиданий.

Если исход этой работы положителен, то пациент приобретает чувство безопасности, основанное на знании о том, что больше не существует никакого оправдания для его инфантильных паттернов «желание-защита», и поэтому ему нет нужды возобновлять действия по их регулятивной функции. Соответственно ход психодинамической терапии рассматривается как последовательность некоторых тестирующих реальность актов взаимодействия «пациент — психотерапевт», в которых пробуются и прорабатываются темы, характерные для отдельных пациентов. В дальнейшем было показано, что, если аналитическая ситуация обеспечивает необходимую пациенту атмосферу безопасности, вытесненный материал может появиться без тревоги, даже если не дается развернутой интерпретации. Согласно этой модели удовлетворительное завершение терапии наступает тогда, когда опровергаются все патогенные ожидания пациента.

По мнению Сэмпсона и Вайса, формальные шаги, характеризующие ход психотерапии, имеют место вообще в любом виде психодинамической психотерапии, независимо от того, имеет ли или разделяет ли психотерапевт какую-либо теоретическую модель или нет. Таким образом, модель исследовательской группы «Гора Сиона» претендует на общую обоснованность, независимо от особенностей проблем пациента, фазы психотерапии или особенностей техники психотерапевта. Но при этом, как отмечают Х. Томэ и Х. Кэхеле, она касается только одного аспекта психотерапии — попыток пациента заставить психотерапевта действовать определенным образом и реакций на это психотерапевта. «Весь процесс, очевидно, рассматривается как серия таких последовательностей, и ничего не говорится по поводу возможности перемен в последовательности хода терапии». Существует лишь различие между кратковременными и долговременными эффектами от опровержения предположений пациента. Кратковременный эффект заключается в том, что беспокойство пациента уменьшается, постепенно он становится более расслабленным, начинает принимать более активное участие в работе и смелее

встречает свои проблемы. Критерием долговременного эффекта служит появление новых воспоминаний.

Основные этапы и факторы психодинамического воздействия.

Начальный этап

С того момента, как пациент уясняет суть психодинамической терапии, психотерапевт постоянно снижает свою вербальную активность, предпочитая слушать пациента. Этот прием получил название **«пассивной» манеры поведения психотерапевта**. Во многих случаях этот переход, хотя пациента и предупреждают о нем в процессе объяснения процедуры терапии, вызывает ряд вопросов, прежде всего о том, почему терапевт предпочитает молчать, а говорить должен пациент. В этом случае обычно рекомендуется отвечать следующим образом: «Я внимательно слушаю вас. Я хочу получше понять, каким вы видите мир, и не вмешиваться в то, что вы говорите».

Прислушиваясь вместе с пациентом к его свободным ассоциациям, терапевт пытается выявить основные направления течения и способы выражения мыслей и чувств, а также те защитные механизмы, которые препятствуют их свободному выражению. Помимо этого терапевт внимательно наблюдает и за невербальным планом коммуникации, отмечая все моменты ее **инконгруэнтности,** т. е. несовпадения того, о чем говорится, с тем, как это говорится. Идентифицируемые отклонения в направлении течения мыслей, механизмы психологической защиты пациента и проявления инконгруэнтности рассматриваются как действие «сопротивления». Понимание механизма сопротивления приводит к возникновению **трансфера** — процесса, посредством которого бессознательные желания переходят на те или иные объекты в рамках определенного типа отношений, установившихся с этими объектами.

Переход к пассивной манере поведения позволяет терапевту передать пациенту часть ответственности за проводимую работу и выработать ее правильный внутренний темпоритм. Благодаря этому пациент чувствует, что терапевт не только занимается своей профессиональной деятельностью, но и понимает и принимает его уникальность, следуя за ним по мере его готовности к работе и уважая его усилия лучше понять себя, несмотря на возможную боль.

Приведем пример, демонстрирующий важность умения следовать за процессами, происходящими в пациенте, а не руководить ими. Психотерапевт по просьбе коллеги стал работать с пациенткой Е., до этого в течение нескольких месяцев проходившей психотерапию у этого коллеги по поводу приступов сильного удушья, возникавших, как только она оказывалась в метро. На одной из первых сессий, вдохновленный своими наблюдениями, а также используя материалы, переданные коллегой, он сделал довольно быструю интерпретацию, смысл которой сводился к тому, что симптоматика пациентки является символическим выражением ее интрапсихического конфликта, связанного с неудовлетворенностью мужем и желанием завести любовника, с одной стороны, и строгими моральными устоями — с другой. Несмотря на то

что для подобного объяснения были основания, такие выводы вызвали у пациентки вначале взрыв негодования и желание немедленно прервать терапию, а затем идеи самообвинения и утяжеление психологического состояния в форме депрессии.

Однако, как и в любой другой психотерапевтической технике, в пассивной манере поведения терапевта не должно быть крайностей, так как многие трудности психодинамической терапии пациент способен переносить лишь при условии проявления заинтересованности и поддержки со стороны терапевта. Его «пассивность» должна служить только одной цели — созданию такой атмосферы психологической безопасности, которая позволила бы пациенту осознать свои глубоко скрытые желания и конфликты.

За счет того, что все, что рассказывает пациент, воспринимается терапевтом с пониманием, без осуждения или критики, пациент приобретает возможность думать менее организованным и менее структурированным образом, открывая доступ к бессознательным чувствам, мыслям и фантазиям. Со временем психотерапевтический кабинет становится своеобразной лабораторией, в которой пациент может подробно исследовать свои чувства, мысли и фантазии, свой опыт по отношению к другим людям (на наглядном примере отношений с терапевтом), находясь при этом в атмосфере полной безопасности, гарантированной ему терапевтическим альянсом. Особенно важно это для тех мыслей, чувств и фантазий, с которыми он раньше боялся сталкиваться (агрессия, сексуальные переживания, идеи собственной ничтожности и т. п.).

Одной из распространенных реакций пациента на пассивную манеру поведения терапевта является чувство разочарования. Эта реакция возникает из-за отсутствия быстрых внешних результатов, снижения эмоциональной поддержки (по сравнению с первичным интервью и этапом информирования), необходимости принятия пациентом ответственности на себя, а также исчезновения инфантильных ожиданий и фантазий по поводу «магического» могущества терапевта. При этом у пациента обычно пробуждаются воспоминания об аналогичных ситуациях в прошлом, когда к нему предъявлялись требования принять на себя определенную меру ответственности (например, начало обучения в школе).

Подобная реакция пациента позволяет терапевту лучше объяснить ему механизм действия терапии. Появление в процессе терапии чувств, которые пациент испытывал в далеком прошлом, приводит его к первым столкновению с содержанием собственного бессознательного и попыткам прореагировать на это как-то иначе, чем он привык.

Пациентка З., 24 лет, обратилась к психотерапевту по поводу пониженного настроения и эмоциональной неуравновешенности, возникших вскоре после расставания с молодым человеком, с которым она встречалась 7 лет. В начале четвертой сессии она сообщила терапевту о чувстве тревоги, возникшем у нее вследствие мыслей о том, что в процессе терапии «что-то идет не так», а если быть более точной, что она не справляется со своими обязанностями. На

вопрос терапевта, что она имеет в виду, З. ответила, что она недостаточно выполняет основное правило и не высказывает всего, что приходит ей в голову. На вопрос «Почему же так происходит?» она сказала, что терапевт с некоторых пор все время молчит, а если и говорит, то ограничивается двумя-тремя фразами, в то время как в начале работы он был более общителен, и она пришла к выводу, что то, что она рассказывает, не представляет интереса. На фразу терапевта о том, что он внимательно ее слушает с целью разобраться во всех нюансах того, что она переживает, З. вспомнила, как в первом классе, после самого первого дня в школе, ее мама подошла к учительнице и поинтересовалась, как дочь себя вела. Учительница ответила, что все нормально, вот разве что другие девочки во время урока были более активны. По мере припоминания терапевту стали очевидны вегетативные реакции, сопровождавшие это воспоминание (лицо З. покраснело, дыхание участилось, на глаза навернулись слезы). З. сказала, что тогда она испытала сильную обиду, горечь и разочарование оттого, что ее не поняли. «Я ведь была прекрасно подготовлена к школе и могла свободно ответить на все вопросы, если бы мне их задали... но я просто не знала, что надо самой что-то делать». На вопрос терапевта, не происходит ли сейчас нечто подобное, пациентка, после некоторого удивления и замешательства, согласилась. В дальнейшем в ходе терапии было еще несколько ситуаций, связанных с разочарованием, и каждый раз обращение к этому детскому воспоминанию позволяло преодолеть их.

Помимо пассивности терапевт старается по возможности не раскрывать перед пациентом какой-либо информации о себе (за исключением работы с психотическими пациентами, речь о которой пойдет ниже). За счет этого он создает психологическое пространство, часто описываемое в психодинамической литературе с помощью метафоры «белого экрана», на который пациент может проецировать картину собственного изобретения.

Поддерживая пациента, вместе с ним выясняя глубинный смысл его поведения и проблем и в некоторых случаях противопоставляя ему свое лишенное всякой критики и отрицаний, но тем не менее четко очерченное мнение, терапевт стремится выявить «искажения» реальности, имеющиеся у пациента, и их причины. Благодаря этому на первый план выходит не только работа с явлениями трансфера, но и с процессами сопротивления.

Наиболее сильно сопротивление пациента на начальном этапе проявляется в его высказываниях (или фантазиях) о желании прекратить курс терапии. Обычно рассказ об этом вызывает обиду и даже агрессию со стороны терапевта. Но если он воспримет это как проявление механизма психологической защиты пациента и сможет тактично проработать его, высока вероятность, что пациент продолжит терапию.

В частности, желание прекратить терапию может быть вызвано соприкосновением пациента с такими мыслями и чувствами, о которых большинству людей трудно не только говорить, но даже признаться в них самим себе: сомнения или ненависть к себе, беспомощность, гнев по отношению к другим,

влечение к кому-либо и т. п. Часто вне зависимости от того, какие проблемы привели пациента в клинику, эти мысли касаются его взаимоотношений с терапевтом. Это связано не только с явлениями трансфера, но и с тем, что пациент через взаимоотношения с терапевтом надеется получить облегчение страданий. Поэтому для терапевта очень важно внимательно относиться к любым мыслям и чувствам своего пациента (даже о досрочном прекращении терапии) и стараться их понять.

Хорошую возможность для этого предоставляют сновидения. Несмотря на имеющийся стереотип, не все пациенты в процессе психотерапии активно работают со своими сновидениями (точнее, не все продолжают это делать после первой проработки нескольких сновидений). Поскольку на более позднем этапе терапии защитные механизмы делают сны более трудными для понимания, следует попытаться начать эту работу именно на начальном этапе. Часто обнаруживается, что сны, рассказанные на ранней стадии лечения, имеют огромное значение для определения сердцевины конфликтов пациента и последующей работы с ними. Кроме того, они также служат хорошим иллюстративным материалом для объяснения бессознательных феноменов и процессов, происходящих во время сессии.

На одной из сессий с пациенткой Н. терапевт заметил, что она несколько возбуждена и ведет себя игриво, пытаясь представить проводимую работу как экзотическое и утонченное развлечение. Пациентка частично согласилась с этим, добавив, что она не может объяснить причину подобного поведения. Терапевт выдвинул предположение, что, возможно, кокетливая манера, свойственная повседневному общению пациентки, служит защитным уходом от переживания каких-то других чувств. Н. опять частично согласилась с этим, но тем не менее продолжала утверждать, что она не знает и даже не предполагает, что это могут быть за чувства. Все оставшееся время, несмотря на еще несколько попыток психотерапевта обсудить) это с ней, она продолжала придерживаться подобного стиля поведения.

На следующей сессии она рассказала сон, приснившийся ей сразу после предыдущей сессии. Ей снилось, что она просто так подбрасывает монету, но она постоянно падает «решкой». Вначале это забавляет ее, потом удивляет, потом вызывает эмоции раздражения, злости, ярости, она швыряет монету куда ни попадя, с силой бьет ее о землю, но та упорно ложится только одной стороной. Говоря об этом сне, она заметила, что особо обидно то, что монета ложится «малоценной», с ее точки зрения, стороной. В связи с этим психотерапевт задал вопрос о том, не возникали ли у нее подобные чувства во время сессий, и в частности во время предыдущей сессии. Пациентка призналась, что такие чувства у нее были, и тут же добавила, что они связаны с тем, что психотерапевт излишне серьезен, бывает занудлив и не ценит ее как женщину. На вопрос о том, почему она так думает, Н. ответила, что она с детства привыкла, что все рассматривают ее как красивую игрушку, но она не находит ничего обидного в том, что к ней так относятся. Тогда терапевт высказал интерпретацию, что, вероятно, в ситуации, когда не поддерживается привыч-

ное к ней отношение, она чувствует себя неуверенно, а также, возможно, понимает, что с ней не играют, поскольку она неинтересна. После долгой паузы из глаз пациентки потекли слезы, а еще через некоторое время она сказала, что у нее впервые в жизни начинают складываться такие теплые, доверительные и, главное, безопасные отношения с мужчиной и что она очень боится их потерять. А поскольку все мужчины, с которыми ей доводилось сталкиваться в жизни, ценили ее только с точки зрения ее пригодности для «определенных игр», таким поведением она привычным образом пыталась сохранить эти отношения.

В процессе дальнейшей работы с этим сном выяснилось, что помимо желания сохранить сложившиеся отношения с психотерапевтом она одновременно испытывала страх перед любовными эмоциями, которые испытывала к терапевту и которые расценивала как форму зависимости, «игру», в которую она «не может и не хочет» играть. Это позволило выйти на ее проблему невозможности строить и поддерживать длительные дружеские и любовные отношения и лежащий за этим детский опыт эмоционального пренебрежения.

Таким образом, основными задачами пациента на этапе начала лечения являются:

1) установление рабочего альянса с психотерапевтом;

2) развитие навыков свободного ассоциирования;

3) прочувствование атмосферы безопасности;

4) принятие разочарования начальной фазы;

5) достижение первоначального понимания трансфера, защиты и сопротивления; и наконец,

6) начало работы со сновидениями.

Срединный этап

Работа с сопротивлением

Как только в ходе психодинамической терапии на первый план выходят процессы противодействия выполняемой работе, психотерапия вступает в новый этап. Его качественная специфика определяется амбивалентностью, которую испытывает каждый пациент по отношению к собственным проблемам. Так, когда он обращается за помощью, то главным его мотивом на рациональном уровне является стремление избавиться от проблем или хотя бы облегчить их. Но зачастую оказывается, что это уровень «казалось бы». На уровне «на самом деле» проблемы ассоциируются с бессознательными конфликтами, состоящими из травматических воспоминаний, конфликтующих импульсов и болезненных эмоций. Поэтому неудивительно, что пациент (чем глубже заходит психотерапия) не так уж и хочет обращаться к ним. Кроме того, некоторые из динамических сил, вызывающих у пациента симптомы, одновременно предотвращают сознательную реконструкцию воспоминаний, чувств и импульсов, противодействуя целям психотерапии, стремящейся вернуть болезненные эмоциональные ощущения в сознание пациента. По-

этому на этом этапе психотерапии от пациента как никогда требуется мужество, чтобы оказаться лицом к лицу с тем эмоциональным дистрессом, который приносят с собой болезненные воспоминания и чувства.

Сопротивление может принимать самые различные формы. Фактически, как определяет сам Фрейд, «все, что препятствует прогрессу аналитической работы, является сопротивлением» (цит. по: Сандлер, Дэр, Холдер). Руководствуясь практическими соображениями, Э. Гловер выделил явные (грубые) и неявные формы сопротивления. **Грубые формы** включают опоздания, пропуски сессий, излишнюю болтливость или полное молчание, автоматическое отрицание или неправильное понимание всех высказываний психотерапевта, игру в наивность, постоянную рассеянность, сопливость и, наконец, преждевременное прерывание терапии. К **неявным формам** относится все остальное многообразие проявлений сопротивления, например когда пациент формально выполняет все условия работы, выдает и обсуждает материал, соглашается с интерпретациями («скорее всего так»), но при этом в действительности не прорабатывает проблему. Заметим, что способы проявления сопротивлений индивидуальны и многообразны, они зависят от особенностей личности пациента, взаимоотношений между пациентом и терапевтом, глубины регрессии и т. п.

Классификация видов сопротивления была дана Фрейдом в 1926 г. и включает в себя: **сопротивление вытеснения, трансферентное сопротивление, сопротивления Оно и Суперэго** и **сопротивление, основанное на вторичной выгоде от болезни.**

Согласно Дж. Сандлеру и коллегам, **сопротивление вытеснения** возникает тогда, когда пациент защищается «от импульсов, воспоминаний и чувств, которые, если они проникнут в сознание, привели бы к болезненному состоянию или угрозе возникновения такого состояния» (Сандлер, Дэр, Холдер, с. 93). Далее они пишут, что этот вид сопротивления «можно также считать отражением так называемой "первичной выгоды" от заболевания неврозом в той степени, в какой невротические симптомы могут рассматриваться как последняя ступень образований, имеющих целью защитить индивида от перехода в его сознание ментального содержания болезненного и угнетающего характера. Процесс свободных ассоциаций во время психоанализа создает постоянную ситуацию, потенциально опасную для пациента в силу того, что этот процесс провоцирует к выходу подавленный ментальный материал, а это в свою очередь способствует сопротивлению-подавлению. Чем ближе подавленный материал приближается к сознанию, тем больше возрастает сопротивление, и задача психоаналитика состоит в том, чтобы способствовать с помощью своих интерпретаций переходу материала в сознание в форме, переносимой для пациента» (там же).

Трансферентное сопротивление, хотя по своей сути очень похоже на сопротивление вытеснения, обладает особым качеством, выражающим инфантильные импульсы и борьбу с ними. Это импульсы, вызываемые личностью аналитика и возникающие в прямой или модифицированной форме: аналити-

ческая ситуация в форме искажения реальности в определенный момент оживляет материал, который был вытеснен или проявлялся в форме невротического симптома. Это оживление прошлого в психоаналитических отношениях приводит к переносу-сопротивлению. Такие чувства могут полностью изменить направление психотерапии, отвлекая пациента от цели вскрытия и разрешения конфликтов, обуславливающих его проблемы. Трансферентное сопротивление различается в зависимости от того, какие трансферентные отношения (позитивные или негативные) лежат в его основе.

Пациенты с **эротическим трансфером** (например, с истерическим типом организации личности) могут стремиться к сексуальным отношениям с терапевтом или же демонстрировать сопротивление для того, чтобы избежать в таком трансфере осознаний сильного сексуального влечения.

Пациенты с негативным трансфером (например, с нарциссическим типом организации личности) преисполнены агрессивных чувств по отношению к терапевту и могут стремиться через сопротивление унизить его, заставить его страдать или точно так же избежать в переносе осознания этих чувств.

Пациент Д., у которого был диагностирован нарциссический тип личности, на очередной сессии «выдал», с его точки зрения, «довольно изящную» интерпретацию одного из аспектов собственного поведения на этой сессии. Терапевт, расценивший и это поведение, и его интерпретацию как стремление к признанию и демонстрацию собственной значимости, проигнорировал объяснение пациента, предложив подумать, почему именно сейчас, после достаточно долгого периода «пробуксовки», ему удалось так легко это понять. В ответ Д. раздраженно заявил, что терапевт не хочет признать, что кто-то, кроме него, тоже умеет интерпретировать, злится, так как не смог интерпретировать первым, завидует логичности и простоте его объяснения и т. п. «Вы как мой отец, — в запале сказал он, — точно так же не любите признавать, что кто-то умеет что-то делать лучше вас».

Когда негативные и эротизированная формы переноса становятся неразрешимым препятствием для продолжения психодинамической терапии, говорят о проявлении **сопротивления Оно.**

Фрейд считал наиболее сильным **сопротивление Суперэго,** поскольку его трудно выявить и преодолеть. Оно происходит из бессознательного чувства вины и скрывает импульсы, которые пациенту кажутся неприемлемыми (например, сексуальные или агрессивные).

Одним из проявлений сопротивлений Суперэго является **негативная терапевтическая реакция.** Вот как ее описывал сам Фрейд: «Существуют люди, которые во время аналитической работы ведут себя совершенно удивительным образом. Когда с ними говорят обнадеживающе или выражают удовлетворение прогрессом лечения, они выказывают признаки неудовлетворения и их состояние неизменно ухудшается. Кто-то начинает это рассматривать как вызов, как попытку доказать врачу свое превосходство. Но затем можно прийти к более глубокому и справедливому мнению. Можно

убедиться, что такие люди не только не могут выносить похвалы или положительной оценки, но и что они обратным образом реагируют на прогресс лечения. Каждое частичное решение, которое должно принести результат, и действительно приносит результат у других людей как облегчение или временное прекращение симптоматики, вызывает у них на какое-то время обострение болезни: им становится хуже во время лечения, а не лучше» (цит. по: Сандлер, Дэр, Холдер). Чуть позже он добавил: «Если последовать аналитическому способу мышления, вы увидите в таком поведении проявление бессознательного чувства вины, для которого болеть, со всеми сопровождающими болезнь страданиями и осложнениями, — это именно то, что нужно» (здесь и далее цит. по: Томэ, Кэхеле).

В своем сообщении о случае «человека-волка» Фрейд так объясняет необычное поведение своего пациента: «Каждый раз, когда что-то совершенно прояснялось, он пытался противоречить этому результату усилением на какое-то время того симптома, который был прояснен. Как известно, существует правило, по которому дети таким же образом относятся к запретам. Когда их за что-либо упрекают (например за то, что они создали невыносимый шум), они повторяют это еще раз после запрета, прежде чем остановиться. Так они достигают того состояния, при котором они останавливаются, как предполагается, по собственной инициативе, а не повинуясь запрету».

Позже было выдвинуто еще несколько гипотез относительно бессознательной мотивации негативной терапевтической реакции. Так, У. Грунерт считает, что ее следует рассматривать как повторение процесса сепарации-иидивидуации. Представитель школы объектных отношений А. Паркин дает объяснение через ситуацию «мазохистической зачарованности». Согласно его представлениям, в детстве пациентам приходилось подчиняться родителям, которые, как они чувствовали, не любили, а презирали их. Чтобы защититься от последствий такого мироощущения, ребенок идеализировал их и их жесткие требования. Он пытался удовлетворить эти требования, обвиняя и обесценивая себя, чтобы сохранить в себе иллюзию, что он любим своими родителями. Когда эта форма отношений возобновляется в переносе, пациент должен ответить на интерпретации терапевта негативной терапевтической реакцией, так как он меняется с ним ролями. Он занимает положение матери, которая высмеивала его мнения, и помещает терапевта в положение ребенка, с которым постоянно обходились несправедливо, но который отчаянно добивается любви.

Сопротивление, связанное со вторичной выгодой от проблемы, основано на ассимиляции симптомов в Я. Некоторые пациенты настолько привыкают к своему «привилегированному» положению в качестве больных, что очень сильно сопротивляются всему, что может его нарушить. При этом имеются в виду не только материальные или социальные блага, но и физическая и психологическая поддержка со стороны окружающих, получаемая во время заболевания.

Фрейд пишет: «При неврозе навязчивых состояний и при паранойе формы, которые принимают симптомы, становятся очень ценными для Я, потому что они дают ему не какие-то преимущества, а нарциссическое удовлетворение, без которого Я осталось бы в ином случае. Системы, создаваемые невротиком с навязчивыми состояниями, льстят его самолюбию, давая ему возможность ощущать, что он лучше, чем другие люди, потому что он особенно чист и совестлив. Бредовые конструкции параноика предлагают его обостренным силам восприятия и воображения поле деятельности, которое он не смог бы легко найти где-нибудь еще. Результатом всего этого является известная нам "выгода от болезни", которая сопутствует неврозу. Эта выгода приходит на помощь Я в его попытках включить в себя симптом и способствует закреплению симптома. Когда аналитик пытается помочь Я в его борьбе с симптомом, он обнаруживает, что эти примиряющие связи между Я и симптомом действуют на стороне сопротивления и что ослабить их нелегко».

Помимо вышеописанных видов сопротивления противодействию терапии также могут способствовать удовольствия, связанные с отреагированием чувств, что проявляется в разного рода действиях (например, вредных привычках), через которые пациент стремится удовлетворить конфликтующие импульсы, отвергая всякую возможность их сдерживания и интерпретации. Например, во время прилива враждебного или эротического трансфера по отношению к терапевту такие пациенты могут найти партнеров за пределами психотерапевтического кабинета, на которых они перенесут и реализуют свои чувства, вместо того чтобы обсуждать их, интерпретировать и овладевать ими во время сессии. Сопротивление может выражаться в разочаровании и сомнениях по поводу профессионализма терапевта. Таким образом Суперэго наказывает пациента за успехи в терапии.

Необходимо различать сопротивление и нормальные защитные реакции пациента, вызванные неадекватными действиями терапевта. Например, терапевт может поощрять самоуничижительные тенденции в психике пациента с депрессивной или мазохистической организацией личности, расценивая их как проявления рефлексии; выдавать преждевременные или неправильные интерпретации; плохо поддерживать рамки терапевтической ситуации и т. п. Если терапевт вовремя поймет, что происходит, и признает свою ошибку, то терапия может быть продолжена; в противном случае она начинает приносить больше вреда, чем пользы.

Все описанные виды сопротивления тесно связаны друг с другом, поэтому психодинамическая терапия рассматривает сопротивление как многомерное образование, каждое проявление которого является защитой по отношению к другому, лежащему глубже. Так, например, проанализировав чувство вины и преодолев сопротивление Суперэго, пациент сталкивается с проблемой повышения гетеросексуальной активности, которая в свою очередь может быть защитой от гомосексуальных импульсов.

Анализ сопротивления повторяет развитие невротического конфликта в обратном порядке, поэтому в психодинамической терапии уделяется так много внимания анализу сопротивления.

На заре психоанализа Фрейд интерпретировал бессознательные темы, не обращая внимания на противодействие сопротивления. Но вскоре он осознал, что интерпретация бессознательного материала, который продолжает отвергаться защитными механизмами, не ведет к интеграции отраженных психических конфликтов. Психические конфликты вновь становятся объектом действия той же защиты и возвращаются в бессознательное.

По этой причине Фрейд сформулировал следующий принцип анализа сопротивления: интерпретация сопротивления проводится до интерпретации содержания («интерпретация с поверхности вниз»).

Условная схема работы с сопротивлением состоит в следующем:

1) **распознавание.** На этом этапе сопротивление очевидно только для терапевта, поэтому задача состоит в том, чтобы его заметил и пациент;

2) **демонстрация.** Лучшим способом продемонстрировать пациенту наличие сопротивления без интерпретации его содержания и источника является **конфронтация.** Подчеркивая естественность и закономерность сопротивления, терапевт может сказать: «Мне кажется, вам трудно говорить на эту тему?», «Я замечаю, что каждый раз, когда мы заговариваем на эту тему, вы говорите очень немного или стараетесь перевести разговор на другую тему» и т. п.;

3) **прояснение сопротивления** предполагает конфронтацию с тем, чего пациент избегает, почему он это делает и как. Если терапевт уверен в том, что стоит за сопротивлением, он может сказать об этом прямо: «Вопрос не в том, о чем конкретно вы не хотите (или затрудняетесь) сказать. Вопрос в том, почему так происходит. Может быть, вы боитесь?». Если же у него нет такой уверенности, он может спросить: «Что вы чувствуете, когда рассказываете об этом человеке (или эпизоде из вашей жизни)?»

Обычно при описании возможных мотивов сопротивления рекомендуется уходить из пространства психологической терминологии в простой, обыденный язык для того, чтобы облегчить доступ и проявление переживаний. Если пациент говорит, что не может объяснить, почему он поступает тем или иным образом, можно предложить ему вместе пофантазировать на тему, что бы это могло быть.

1. После прояснения причины сопротивления анализируется его форма. Результатом данного этапа становится обнаружение инстинктивного побуждения, попытка удовлетворения которого привела к конфликту.

2. После этого методом интерпретации выясняется **история переживания.** На этом этапе выясняется, каким образом возник конфликт, как он проявлялся и проявляется в течение жизни пациента, какие паттерны поведения и эмоционального реагирования он породил и т. п. История переживания позволяет включить выявленный конфликт в более широкий контекст препят-

ствий на данном этапе психодинамической терапии. При этом терапевт всегда должен помнить, что точно так же как «сигара иногда может быть просто сигарой», критика или несогласие с чем-то пациента еще не всегда означает проявление сопротивления: в качестве тестового критерия может выступать адекватность и интенсивность такой реакции.

3. Наконец осуществляется проработка сопротивления, вызванная тем, что Фрейд называл «залипанием либидо». Она является прослеживанием влияния уже осознанного конфликта на различные жизненные события с целью повторения, углубления, расширения проведенного анализа сопротивления. Проработка позволяет усилить понимание клиента за счет увеличения количества привлекаемого материала. Сюда может также включаться интерпретация возникающих новых сопротивлений, что еще больше проясняет базовую проблему и ведет к более устойчивым результатам. Этот этап не ограничивается во времени, его продолжительность зависит от индивидуальных особенностей пациента, формы и содержания сопротивления, этапа психотерапии, состояния рабочего альянса и многих других факторов.

Например, при работе с пациенткой И. терапевт заметил, что она всячески избегает тем, связанных с собственной привлекательностью, а если и говорит о ней, то только в негативном ключе, тем или иным способом подчеркивая свои «отталкивающие», по ее мнению, черты. Выбрав момент, когда на одной из сессий это произошло в очередной раз, терапевт задал ей вопрос: «Что вы сейчас делаете?». И. ответила, что пытается рассказать о том, что произошло в ее жизни несколько дней назад, но в ее голосе терапевт уловил нотки растерянности, смущения и неуверенности. Воспользовавшись этим, но избегая давления и индукции собственных идей, он спросил, так ли это на самом деле, или ей кажется, что наряду с этим происходит что-то еще. После некоторого раздумья пациентка сказала, что, возможно, она стала рассказывать, потому что ей не хотелось говорить о чем-то другом. Тогда терапевт спросил, что это за тема, на которую она не хочет говорить. И. тут же ответила, что ей давно не нравится и вызывает раздражение, когда терапевт пытается «убедить ее в том, что она красива». На вопрос о том, почему это так, она ответила, что это связано с тем, что ей не хочется, чтобы на нее «смотрели как на самку, а не как на человека». Дальнейшее прояснение показало, что это связано с глубинным чувством отторжения собственной женственности, возникшим в связи с психотравмой в подростковом возрасте, причиной которой были естественные изменения тела. Эта же причина определяла специфику и многих других ее трудностей: общение с противоположным полом (заключавшееся в установлении сугубо дружеских отношений), сильную карьерную ориентацию, периодические приступы субдепрессивного настроения, проблемы доверия терапевту и т. п.

Работа с трансфером

Один из немногих постулатов Фрейда, не оспариваемый практически никем из современных психодинамических терапевтов, заключается в том, что люди повсеместно строят свои взаимоотношения в настоящем с помощью

репродуцирования эмоционально значимых аспектов своих взаимоотношений в прошлом. Это связано как с универсальной психологической тенденцией использовать прошлое в качестве «сравнительного образца» для понимания настоящего, так и с тем, что все люди испытывают психологическую потребность повторять прошлое, чтобы овладеть им и быть способным регулировать то, что было либо трудным для восприятия, либо связанным с травмирующими переживаниями. В связи с этим анализ феноменов переноса (трансфера) в процессе психодинамической терапии приобретает первостепенную значимость.

Отметим, что в ходе развития психоанализа отношение к переносу существенно изменилось — если первоначально его рассматривали как основное препятствие для терапии (в связи с такими феноменами, как трансферентное сопротивление и сопротивления Оно), то затем был сделан вывод, что основным условием эффективности психотерапии является новая форма невроза у пациента, искусственно вызываемая терапевтом, которая объединяет различные проявления трансфера. Такой невроз получил название **невроз переноса (трансферентный невроз).** Различие между трансферентными реакциями и трансферентным неврозом заключается в том, что при трансферентном неврозе патологическое поведение пациента полностью сосредоточено на его отношениях с терапевтом. При таком подходе соответственно идеальная модель работы психоанализа выглядит как преобразование клинического невроза в трансферентный невроз, прояснение которого в свою очередь приводит к осознанию детских конфликтов. Сам Фрейд описывал это следующим образом: «...если только пациент проявляет достаточное согласие уважать необходимые условия проведения психоанализа, то улучшение его состояния наступает регуляторным образом, а все симптомы его болезни получают новое трансферентное значение, заменяя его изначальный невроз "трансферентным неврозом", от которого его можно излечить с помощью соответствующей психотерапевтической работы. Таким образом, перенос создает промежуточную область между болезнью и реальной жизнью, через которую возможно осуществление перехода из одного состояния в другое. Это новое состояние принимает все симптомы болезни, но оно как бы представляет искусственно созданную болезнь, во всех проявлениях доступную для врачебного вмешательства. Это отрезок реального существования, но создать его удалось благодаря необычайно благоприятному стечению обстоятельств, вследствие чего он носит лишь временный характер» (цит. по: Сандлер, Дэр, Холдер). В психодинамической терапии психотерапевт также стремится создать атмосферу, усиливающую трансферентные реакции, хотя и в меньшей степени по сравнению с трансферентным неврозом в психоанализе.

Признаками возникновения трансферентных реакций являются: 1) неадекватность переживаемых эмоций актуальной ситуации; 2) признаки повторения прошлых переживаний и конфликтов; 3) признаки регрессии; 4) смещение чувств со значимого лица из прошлого на психотерапевта.

В психодинамической терапии перенос возникает сразу после погружения пациента в аналитическую среду. Первым свидетельством возникновения переноса служат признаки разочарования в терапии. Поэтому психотерапевт с самого начала должен быть очень внимателен к тому, что о нем думает пациент, какие чувства испытывает, и не позволять себе считать слова пациента нейтральными замечаниями о некоем абстрактном опыте. Терапевт обязан учитывать, что, несмотря на внешнюю видимость делового характера их взаимоотношений, «в силу жанра» пациент обязательно будет использовать любое взаимодействие так, чтобы преломить настоящее в стиле прошлого и любым способом отыграть «принуждение к повторению» (вторичную компульсию). Это может выглядеть, например, как расспросы о возможностях увеличения эффективности психотерапии, любопытство по поводу личности и условий жизни психотерапевта, предложения взаимного обмена услугами и т. и. Пациент может жаловаться на то, что, по его мнению, терапевт не уделяет достаточного внимания его проблемам, проявлять полное безразличие к усилиям терапевта или, наоборот, утверждать, что терапевт добился таких успехов, что пора прекращать терапию.

В зависимости от положительного или отрицательного характера эмоций пациента выделяют **эротический** и **агрессивный виды трансфера.** В обоих случаях трансферентные эмоции идентичны чувствам, которые пациент испытывал в детстве к родителям, братьям, сестрам и другим значимым людям. Столкнувшись с трансферентными реакциями, терапевт должен не прекращать развитие трансфера, не исправлять искажения в восприятии его пациентом, но и не принимать роль, которую ему навязывает пациент, не провоцируя трансферентные реакции. Это вовсе не означает позиции «недеяния». Поведение терапевта должно создавать фон, на который пациент сможет перенести образы своего детства и увидеть их.

Процесс работы с трансфером проходит этапы, сходные с анализом сопротивления. Вначале трансфер демонстрируется. Для этого терапевт конфронтирует пациента с выявленными трансферентными реакциями, например с помощью вопросов типа: «Судя по тому, как вы это сказали, мне кажется, что я вызываю у вас раздражение? Почему?» или «Складывается впечатление, что я вызываю у вас какое-то сильное чувство. Может быть, стоит поговорить о нем?».

Затем терапевт старается прояснить ситуацию, рассматривая детали и отыскивая те моменты общения, которые послужили пусковым механизмом для запуска трансферентной реакции. Например: «Мне кажется, вы злитесь на меня, потому что я не поддержал ваше мнение по поводу неправильного поведения вашего начальника. Я вспомнил, как вы рассказывали, что в детстве, в ситуациях, когда ваш отец не поддерживал вас, вы испытывали очень сильные негативные чувства по отношению к нему, но, боясь его, никогда их не проявляли. Может быть, сейчас происходит то же самое?»

На этапе интерпретации исследуются чувства и фантазии пациента в отношении терапевта с целью прояснения того, как и почему в определенные

поведенческие реакции канализируется инстинктивная энергия и как возникает защитный барьер на ее пути. Например: «Мне кажется, вы злитесь на меня не только потому, что я не разделил ваше мнение, но и потому, что для вас поддержка вне зависимости от вашей правоты является показателем "настоящей" любви к вам. Вам хочется, чтобы я любил вас, но в силу определенных причин вы не можете мне прямо сказать об этом и предпочитаете реагировать агрессией, не так ли?»

В ходе проработки выясняется, какие люди и ситуации в прошлом вызывали чувства, ныне воскресшие по отношению к терапевту. При этом главная задача этого этапа состоит в том, чтобы найти первоначальный объект, который определил данную трансферентную реакцию. Как отмечает И. Грабская, в этот период реконструкции прошлого ведут к воспоминаниям, за которыми следуют изменения.

Следует учитывать, что не все аспекты отношений пациента и терапевта являются трансферентными. Например, тревога на начальном этапе терапии не обязательно имеет трансферентную окраску, хотя и может, как мы уже отмечали, повторять тревогу по поводу другого важного события в жизни пациента.

При работе с трансферентными реакциями важнейшим параметром становится выбор времени для терапевтической интервенции. Для того чтобы она была максимально эффективной, психотерапевт должен дождаться пиковой точки развития трансферентной реакции, когда трансфер уже успел достаточно проявиться, но возникшие эмоции еще не настолько болезненны, чтобы вызвать защитную реакцию. Чаще всего это происходит тогда, когда трансфер проявляется в форме сопротивления.

Работа с контртрансфером

В то время как перенос за короткое время превратился из основного препятствия в самый мощный фактор психодинамической терапии, контрперенос сохранял свой негативный образ почти 40 лет. На основании работ Фрейда (изобилующих такими метафорами, как «отражать подобно зеркалу», «действовать подобно хладнокровному хирургу» и т. п.) контртрансфер долгое время рассматривался как более или менее сильная невротическая реакция психотерапевта на трансферентные реакции пациента, чего следовало избегать, насколько это возможно (в одной из работ Фрейд даже писал о «психоаналитическом очищении»). Только в середине 1950-х гг., прежде всего благодаря работам П. Хайманн, контрперепос стал рассматриваться как неотъемлемая и всеобъемлющая часть отношений в психодинамической терапии, включающая все чувства, испытываемые психотерапевтом по отношению к пациенту.

Хайманн писала: «Эмоциональная ответная реакция аналитика на пациента внутри аналитической ситуации представляет собой один из наиболее важных инструментов его работы. Контрперенос аналитика является инструментом исследования бессознательного пациента... Недостаточно подчеркива-

лось, что это отношения между двумя людьми. То, что отличает эти отношения от других, — это не присутствие чувств у одного партнера, пациента, и их отсутствие у другого, аналитика, но более того, это степень испытываемых чувств и польза, извлеченная из них, причем эти факторы взаимосвязаны» (здесь и далее цит. по: Томэ, Кэхеле).

Подчеркнув важность того, что психотерапевт, в отличие от пациента, не переводит возникшие у него чувства в действия и не отреагирует их, она заключила: «Аналитик, наряду со свободно распределенным вниманием, нуждается в свободно возникающей эмоциональной чувствительности, чтобы следовать за эмоциональными движениями пациента и его бессознательными фантазиями. Наше основное положение заключается в том, что бессознательное аналитика понимает бессознательное пациента. Это взаимопонимание на глубинном уровне достигает поверхности в форме чувств, которые отмечает аналитик в реакции на своего пациента, в своем "контрпереносе". Это наиболее динамичный путь, когда голос пациента достигает сознания аналитика. Сопоставляя чувства, возникающие в нем самом благодаря ассоциациям и поведению его пациента, аналитик владеет наиболее цепными средствами для проверки того, понял ли он или не смог попять пациента».

Источниками контрансфера психотерапевта являются:

1) жизненные события, повышающие его чувствительность к определенным темам ассоциаций пациента;

2) проблемы жизненного этапа, на котором находится терапевт (например, вопросы сексуальности, профессиональных достижений, взаимоотношений с детьми, тревоги по поводу старости и смерти);

3) элементы прошлого, отзывающиеся на интенсивные трансферы любого вида со стороны пациента;

4) бессознательное понимание происходящих в пациенте бессознательных процессов.

В отличие от многих других видов психотерапевтической помощи, в психодинамической терапии терапевт расценивает свои эмоциональные реакции, ассоциации и желания как возможные пути проникновения в область личного опыта пациента. Чем интенсивнее и даже запутаннее реакции терапевта, тем скорее они отражают бессознательные чувства и конфликты пациента.

Как мы уже отмечали, развитие теории психодинамической терапии привело к разграничению двух основных видов контртрансферентных реакций — «согласующегося» контртрансфера и «дополнительного» контртрансфера. В качестве основания для подобного разграничения выступает процесс идентификации. При **согласующемся (конкордантном) контрпереносе** психотерапевт эмпатически идентифицируется с эмоциональным состоянием пациента, а при **дополнительном (комплементарном) контрпереносе** — с позицией какой-то личности из его прошлого (обычно с одним из родителей).

Контртрансфер обладает огромной эмоциональной силой. Дополнительный контртрансфер может подорвать обычно доброжелательно-нейтральную

позицию психотерапевта и привести к повторам в терапии. Напротив, использование контртрансфера для формулировки и представления интерпретаций может стать одним из самых действенных терапевтических инструментов.

Пациентка А., страдавшая от проблем с установлением и поддержанием длительных отношений с мужчинами, во время проработки смутного напряжения во взаимоотношениях с терапевтом, возникшего на одной из сессий, высказала ряд фантазий о садомазохистских сексуальных отношениях *с* ним. Учитывая наличие аналогичных тенденций в ее отношениях с другими мужчинами, терапевт предположил, что это проявление реакций переноса, и предложил их проанализировать. Однако пациентка гневно отвергла это предложение, заявив, что «здесь нет никакого переноса», что «это касается исключительно их двоих», и обвинила терапевта в предвзятом отношении к ней. До конца сессии терапевт еще несколько раз предлагал ей разобраться в этой ситуации, но она отказалась, а в конце концов прямо предложила ему вывести их «связь» за рамки терапевтических отношений и постаралась его соблазнить. Когда терапевт ответил, что подобные фантазии могут служить хорошим материалом для понимания ее проблем, она обвинила его в бесчувственности и импотенции, после чего покинула кабинет, заявив о прекращении терапии.

Несмотря на чувства раздражения и гнева, вызванные подобным поведением, терапевт был «задет» обвинениями пациентки, так как ловил себя на мыслях оправдательного характера и чувствах сомнения и неуверенности в том, что правильно себя вел. Поэтому он обратился за супервизией. Благодаря ей терапевту удалось выявить собственные конкордантный и комплементарный контртрансферы, заключающиеся в ощущениях садистического «использования» его пациенткой, и одновременно в не продиктованных терапевтической необходимостью ее настойчивых желаниях побыстрее вывести этот материал в сознание, чтобы доказать свою «практическую компетентность» и, возможно, спровоцировать прекращение терапии.

На следующей сессии, куда А. все же явилась (как всегда с опозданием), она сразу же, без попыток обсудить их предыдущую встречу, стала рассказывать свои сексуальные фантазии подобного рода, а также опыт таких отношений в реальности, перегружая терапевта обилием материала и в то же время не позволяя его использовать. При этом у терапевта возникла фантазия, что пациентка поступает так потому, что таким образом «подчиняется» ему, «удовлетворяя» высказываемое им желание разобраться в специфической ситуации взаимоотношений. Поэтому, дождавшись паузы, терапевт сказал: «Я помню, что когда вы рассказывали о своих проблемах во время первичного интервью, вы говорили о том, что практически все ваши отношения с мужчинами расстраивались через 2,5-3 месяца после их начала, не так ли?». Пациентка замерла и неохотно подтвердила. «Я хочу обратить ваше внимание на то, что мы тоже работаем с вами ровно 12 недель, т. е. мы с вами находимся в критической точке. Не кажется ли вам, что есть что-то общее между ва-

шими проблемами во внешней жизни и теми проблемами во взаимоотношениях, которые возникли в этом кабинете?» Все еще демонстрируя негативные чувства (по уже менее выраженные), А. сказала, что она тоже задумывалась над этим и что здесь происходит повторение одной и той же схемы: «Когда я все отдаю мужчинам, они предпочитают просто использовать меня, не давая в ответ даже самую малость того, что требуется мне». — «Это доставляет вам удовольствие?» — спросил терапевт. Пациентка ответила отрицательно. «Тогда зачем вы сами сознательно предлагаете такие отношения и бессознательно провоцируете их?» Пациентка с искренним недоумением попросила пояснить, что терапевт имеет в виду. Рискнув, терапевт рассказал ей о своих ощущениях в прошлую и нынешнюю сессии, а затем сказал: «Вы не хотите и в то же время делаете все, чтобы я так с вами поступил. Я думаю, важно понять, зачем?»

Работая с контртрансферентными реакциями, необходимо помнить, что пациенты (особенно пограничного уровня) могут стремиться нанести поражение своим психотерапевтам. Например, нередко пациенты заявляют о том, что их проблемы неразрешимы, что сколько они ни стараются что-то сделать, все заканчивается неудачей и исправить это «фатальное невезение» уже невозможно. Еще один способ разрушающей конкуренции с терапевтом, которого пациент с завистью рассматривает как более могущественного и менее страдающего человека, — сопротивление и обесценивание всех его усилий помочь. Такие враждебные попытки пациентов по отношению к терапевту могут разрушать его самоуважение, что закономерно будет приводить к возникновению контртрансферентной ненависти, скрывающейся под маской скуки, отстраненности, ухода в себя, а также скрытого желания преждевременного окончания терапии.

Особые сложности возникают в ходе психодинамической терапии пограничных и психотических пациентов с суицидальными тенденциями. Непроработанная контртрансферентная ненависть может усиливать суицидальный риск, так как такое отношение терапевта свидетельствует о его отречении от пациента и предоставлении последнего самому себе. Как пишут Р. Урсано, С. Зонненберг и С. Лазар, «опытные клиницисты в таких случаях обычно стараются смирить свои эмоции или продемонстрировать умеренное терапевтическое рвение, чтобы защитить себя от такой особенно опасной трансферентно-контртрансферентной позиции» (Урсано, Зонненберг, Лазар, с. 80).

Сдерживание и переработка контрансфера неизбежно приводят к «расщеплению» в психике самого терапевта. В эти моменты одновременно действуют и та его «часть», которая реагирует чувственно, т. е. субъективно, и та «часть», которая наблюдает за происходящим честно и объективно, стараясь использовать материал такого наблюдения для формулировки интерпретаций. Поэтому терапевт должен уметь своевременно замечать и сдерживать чувства, являющиеся реакциями на провокацию со стороны пациента (например, раздражение или гнев). В случае реактивной интерпретации пациенты обычно мало внимания уделяют ее содержанию, зато очень чутко улавли-

вают переживания терапевта по форме ее изложения (например, по жестам или тону голоса).

Еще одним важным техническим приемом при работе с контртрансфером являются навыки диагностики в себе самом как согласующегося, так и дополнительного контртрансфера. Так, когда в разгаре трансфера пациент отводит терапевту роль «плохого объекта», подобного тем, с которыми ему уже приходилось сталкиваться в прошлом (дополнительный контртрансфер), терапевт, обнаружив в себе контртрансферентные согласующиеся чувства, может интуитивно войти в актуальные переживания пациента. Часто именно это интуитивное понимание позволяет пациенту достичь инсайта относительно тех чувств, которые он проецирует на терапевта.

При возникновении негативного контрансфера очень важно понять и ликвидировать его до того, как начнется работа по интерпретации и ликвидации негативного трансфера. Чтобы понять причины враждебности пациента, терапевт обязан поставить себя на его место. Простое указание на агрессивность пациента вне общего контекста его чувств и поведения будет восприниматься как проявление недружелюбной критики или нападение.

Помимо раздражения, скуки, оборонительной позиции и отстраненности контртрансферрентные реакции могут проявляться в виде множества других чувств, причем не обязательно негативных. Так, например, возникновение у терапевта желания защитить пациента может объясняться как базовой чувствительностью последнего, требующей от терапевта осторожности и такта, так и бессознательным тайным сговором между трансфером пациента и контрансфером терапевта, направленным на игнорирование конфликтных областей. Удовлетворение или гордость терапевта по поводу проделанной работы могут быть проявлением контртрансферентных реакций на идеализирующий перенос пациентов с нарциссическим типом личности. Эротический контрансфер, служащий излюбленной областью спекуляций вокруг психодинамической терапии, может скрывать как проблемы сексуальности, так и проблемы агрессивности, возникающие во взаимоотношениях пациента и терапевта. Кроме того, высокоэротизированный трансфер и контртрансфер часто являются следствием идеализации терапевта, содержащей достаточно мало сексуальных чувств как таковых.

Так как психодинамическая терапия целенаправленно пробуждает в самом терапевте как сознательные, так и бессознательные желания, страхи и конфликты, основным условием корректной и эффективной профессиональной деятельности является глубинное понимание собственной личности. Кроме того, психотерапевтическая практика взаимодействия с бессознательными процессами пациента приводят к возникновению определенных резонансов в бессознательном терапевта, своего рода «профессионально деформируя» его. Учитывая это, Фрейд жестко требовал от своих последователей не только психодинамической подготовки, но и периодического прохождения курса личной психодинамической терапии, а также регулярного самоанализа. Естественно, что психотерапевту, как и любому другому человеку, невозможно

полностью «познать самого себя». Однако игнорирование или недопонимание подобных требований может вести к нарушению основной заповеди человека, взявшегося оказывать помощь другому, — «не навреди!».

В отечественной практике психодинамической терапии, в отличие от подобной практики в западных странах, эти требования часто игнорируются. Такое состояние дел во многом связано с малой разработанностью процедур и норм стандартизированной подготовки и лицензирования в этом направлении, небольшим количеством специалистов, имеющих право проводить такую подготовку, длительностью и дороговизной обучения, общей слабостью психотерапевтической культуры в обществе, отсутствием профессионального контроля за деятельностью людей, именующих себя «психодинамическими терапевтами», «психоаналитиками» и т. п. Следствием является широкое распространение того, что Фрейд называл «диким психоанализом», — практики неопытных аналитиков или дилетантов, пользующихся понятиями психодинамической терапии для оказания психотерапевтической помощи.

В своей статье, посвященной этому виду непрофессионального психоанализа, Фрейд считал его определяющим признаком невежество, проявляющееся в ошибках научного и методического характера. Но психотерапия может быть непрофессиональной даже тогда, когда диагноз поставлен верно и специалист в основном правильно пользуется имеющимися техниками. «Нам давно уже пришлось отказаться от мысли, что больной страдает от собственного невежества и что устранение этого невежества — когда мы рассказываем больному о причинных связях между его болезнью и его жизнью — уже само по себе обеспечивает излечение. Патогенным фактором оказывается не незнание как таковое, но тот факт, что это незнание основано на некогда его породивших и по-прежнему его питающих внутренних сопротивлениях. Рассказывая больным об их бессознательном, мы тем самым лишь неизбежно обостряем их конфликты и усиливаем их страдания» (цит. по: Лапланш, Понталис), — писал Фрейд 90 лет назад, очень точно характеризуя печальную картину, складывающуюся на просторах психотерапевтического пространства СНГ.

Принимая во внимание тот факт, что трудно обеспечить прохождение личного обучающего или профилактического курса каждым терапевтом, практикующим психодинамическую терапию, единственным реальным выходом из сложившейся ситуации представляется развитие практики **супервизии** — специфической формы консультирования терапевта более опытным коллегой. Цель супервизии — совершенствование знаний и профессиональных навыков психотерапевта.

Теоретические принципы, основные концепции и методики супервизии являются отдельной и очень обширной темой, требующей самостоятельного изложения. Поэтому наиболее целесообразным представляется порекомендовать заинтересовавшимся читателям соответствующую специальную литературу.

Подходы к работе со сновидениями.

В современной психодинамической терапии все большее значение приобретает концепция **сновидений как средства Я-репрезентации,** противостоящая первичной психоаналитической концепции сновидений как исполнения желаний и способствующая, как считают Х. Томэ и Х. Кэхеле, расширенному пониманию процесса сновидения, предложенному Фрейдом. Кратко ее суть сводится к следующему: в латентных мыслях сновидения и желаниях помимо бессознательных элементов Я, вовлеченных в конфликт и содержащих описание проблемы (а возможно, даже попытки решения проблемы), также презентируются представления сновидца о себе, о своем теле, о паттернах своего поведения и т. п. При этом соотношение между решением проблем в настоящем и в прошлом не только выявляет вытесненные желания и конфликты, но и служит репетицией будущих действий. Благодаря такому подходу психотерапевт начинает обращать внимание на то, что наиболее важно для сновидца, и оценивать успешность своих интерпретаций не только с точки зрения того, насколько они вносят вклад в понимание актуального функционирования пациента, но также учитывая то, насколько они помогают пациенту достичь новых и лучших способов видения мира и усовершенствовать паттерны поведения. Принимая важность прошлого пациента со всеми препятствиями, затрудняющими его развитие, терапевт в своей работе переносит акцент на «здесь и сейчас» и ориентирует ее на будущее. Таким образом, интерпретация сновидений может внести значительный вклад в изменение не только настоящего, но и будущего пациента.

Основываясь на этих теоретических позициях, перейдем к рассмотрению техники интерпретации сновидений. Сформулировав множество советов по технике в «Толковании сновидений», Фрейд обобщил свои рекомендации в «Замечаниях по теории и практике толкования сновидений»: «При интерпретации сновидения во время анализа можно выбрать одну из нескольких технических процедур. Можно а) двигаться хронологически и стимулировать сновидца приводить свои ассоциации к элементам сновидения в том порядке, в котором эти элементы встречаются в его сообщении о сновидении. Это первоначальный классический метод, который я все еще считаю самым лучшим в случае, если кто-либо анализирует свои собственные сновидения. Или можно б) начать работу по интерпретации с какого-либо одного отдельного элемента сновидения, который выбирается из его середины. Например, можно выбрать наиболее впечатляющий отрывок или фрагмент, отличающийся наибольшей ясностью или сенсорной интенсивностью; или опять же можно начать с некоторых произнесенных в сновидении слов, ожидая, что они приведут к воспоминанию каких-нибудь слов, произнесенных в состоянии бодрствования. Или можно в) сначала совершенно игнорировать явное содержание и вместо этого спросить сновидца, какие события предыдущего дня ассоциируются в его голове со сновидением, которое он только что описал. Наконец, можно г), если сновидец уже знаком с техникой интерпретации, не давать ему никаких инструкций и позволить самому решить, с каких ассоциа-

ций к сновидению он начнет. Я не могу утверждать, что одна или другая из этих техник предпочтительна или в целом приведет к лучшим результатам» (здесь и далее цит. по: Томэ, Кэхеле).

Несмотря на то что позже специальная литература, посвященная работе со сновидениями, выросла количественно, более точные или расширенные рекомендации по технике интерпретации встречаются достаточно редко.

Так, рассматривая сновидение как процесс решения проблем, Т. Френч и Э. Фромм приводят три условия, которым должны соответствовать интерпретации:

1) различные смыслы сновидения должны соответствовать друг другу;

2) они должны соответствовать эмоциональному состоянию сновидца на момент видения сна;

3) должна быть доступна непротиворечивая реконструкция мыслительных процессов.

Френч и Фромм связывают эти условия с «когнитивной структурой сновидения», рассматривая их как своеобразный тест на валидность реконструкции и, следовательно, интерпретации. Они подчеркивают, что Эго в сновидениях не только встает перед задачей решения проблемы, но и должно избегать (дистанцироваться) слишком большого вовлечения в фокусируемый конфликт, что только затруднило бы решение проблемы. Одним из способов дистанцирования является «деанимация»: конфликт с другими людьми лишается эмоций или техницируется, чтобы облегчить поиск решения проблемы, которая теперь выглядит как всего лишь техническое препятствие.

Интерпретация сновидений, как и другие формы интерпретации, должна учитывать три компонента: трансферентные отношения, текущие внешние отношения и историческое измерение, так как проблема не может быть решена пациентом во всех этих трех областях сразу. Поэтому в своих рекомендациях Френч и Фромм советуют очень скрупулезно искать узнаваемые значимые связи в материалах актуальной и нескольких предыдущих сессий. При этом они считают, что любые пробелы и противоречия полезны тем, что заставляют проверять другие, возможно, лучшие гипотезы. Ни в коем случае не являясь противниками интуиции, эти авторы тем не менее не доверяют интуитивной интерпретации сновидений, поскольку такая интерпретация, скорее всего, затрагивает лишь один из аспектов сновидения и заводит аналитика в ловушку техники «прокрустова ложа», т. е. вызывает искушение подогнать материал к гипотезе, а не наоборот.

Френч и Фромм считают, что для успешной интерпретации сновидений необходимы следующие условия:

1) различные смыслы сновидения должны соответствовать друг другу;

2) они должны соответствовать эмоциональному состоянию сновидца «в момент сновидения»;

3) не следует принимать часть за целое;

4) не следует использовать технику «прокрустова ложа»;

5) работа должна осуществляться в два этапа:

— текущая проблема;

— подобная проблема в истории (учитывая аспект переноса);

6) успешная историческая интерпретация может быть осуществлена только на основе нескольких сновидений.

С. Лоуи, обсуждая вопрос интерпретации сновидений, предлагает не интерпретировать те аспекты, которые помогали бы и поддерживали сновидца. Это в целом соответствует технике неинтерпретирования мягкого позитивного переноса, прежде чем он превращается в сопротивление. Он активно предостерегает против слишком поспешных интерпретаций: «Необдуманные интерпретации подавляют, и это может привести к тому, что субъект будет лишен необходимого эксплицитного переживания определенных создаваемых им самим фигур и сцеп».

Предпосылкой и основой интерпретации сновидений являются ассоциации. Благодаря им психотерапевт строит свое понимание сновидения и проблемы, выстраивает свое альтернативное решение для сновидца, которое составляет важную часть того, что обозначается термином «контекст» сновидения.

Фрейд постулировал качественные отношения между сопротивлением и требованиями к ассоциациям, необходимые для понимания элементов сновидения. Он писал: «Иногда требуется всего лишь одна ответная реплика или несколько, чтобы привести пас от элемента сновидения к бессознательному материалу, который за ним стоит, в то время как в других случаях для этого требуются длинные ассоциативные цепочки и преодоление многочисленных критических возражений. Мы сделаем вывод, что эти различия имеют отношение к изменяющейся силе сопротивления, и, возможно, мы окажемся правы. Если сопротивление невелико, смещение не может быть очень далеким от бессознательного материала; но большее сопротивление означает, что бессознательный материал будет в большей степени искажен и что путь от смещения обратно к бессознательному материалу будет длинным».

Отметим, что именно в области интерпретации сновидений особенно укреплялась и оттачивалась техника свободных ассоциаций. В то же время эта техника получала теоретическое обоснование в предположении об обратной симметрии между работой сновидения и генезисом свободных ассоциаций. Фрейд полагал, что пациент, который свободно предается ассоциациям на кушетке, находится в регрессии, сходной с регрессией сновидца. Следовательно, пациент находится в особенно благоприятных условиях для описания образов сновидения, а также их интерпретации. Благодаря процессу ассоциаций один за другим компоненты сновидения становятся доступными осознанию в бодрствующем состоянии, т. е. пациент может разобрать по частям то, что было соединено в сновидении.

Поскольку метод свободных ассоциаций в современной психодинамической терапии больше не рассматривается как простая инверсия работы сновидения, рекомендуется относиться к свободным ассоциациям прагматически, с учетом значительной роли, которую активно слушающий психотерапевт играет в создании связей, которые он интерпретирует.

Для описания ассоциаций, которые дает сновидец, побуждаемый терапевтом к связи между отдельными элементами сновидения, Х. Томэ и Х. Кэхеле используют старый аналитический термин «ассоциации в связи с темой». Они отмечают, что «при ассоциациях в связи с темой вскоре возникает вопрос, какие из ассоциаций пациента все еще связаны с самим сновидением и, что еще важнее, какие из них связаны с латентными мыслями и его специфическими бессознательными желаниями. Однако сопротивление ассоциированию, хотя и в определенных пределах, дает некоторые указания на тот путь, по которому надо следовать в контексте сновидения».

Непосредственно после каждой интервенции (перерыва в речи пациента) сессия начинает вращаться вокруг одной из тем. Даже полное отсутствие какой бы то ни было ответной реакции на интерпретацию расценивается терапевтом как реакция. Соответственно «свободно парящее» внимание терапевта сосредоточивается на теме в той же степени, в какой на этой теме сосредоточивается и пациент, реагирующий на вмешательства терапевта, а не игнорирующий их. Чем более разнообразны и подробны ассоциации пациента, тем большие трудности возникают у терапевта, так как ему необходимо сделать и обосновать выбор материала. Поэтому, как рекомендуют Томэ и Кэхеле, с одной стороны, целесообразно рассматривать то, что говорит пациент, с позиции непрерывности («что из прошлой сессии продолжается сегодня?»), а с другой — рассматривать текущую сессию как самостоятельную («какую проблему пытается решить пациент?»).

Рассматривая проблему уменьшения многообразия потенциальных смыслов сновидений, Д. Спенс предлагает делить ассоциации на «первичные» и «вторичные» согласно «правилам трансформации». Основой использования ассоциаций служит «постулат соответствия»: ассоциации соответствуют мыслям сновидения, так как регрессия во время ассоциирования соответствует состоянию «доброкачественной регрессии» во время сна или влюбленности. Первичными ассоциациями являются те, которые причинно связаны со сновидением; они приводят к подробностям сновидения. Вторичные ассоциации — это те, что подсказаны самим сновидением; они уводят от сновидения. Он пишет: «Мы должны разделять ассоциации сновидца на первичные (предполагаемые причины сновидения) и вторичные (вызванные сном, как он приснился, но не имеющие никакого существенного отношения к созданию сновидения). Все вторичные ассоциации должны исходить приблизительно из одного и того же периода жизни пациента — как рабочую гипотезу возьмем двадцать четыре часа до сновидения. Чем более ограничен во времени этот период, тем больше мы можем быть уверены, что верно идентифицировали первичные ассоциации. С другой стороны, если мы значительно увели-

чиваем пространство наших поисков (например, включив всю жизнь пациента), тем самым мы уменьшаем возможность обнаружения чего-либо, связанного с причиной сновидения, и повышаем шансы уловить только вторичные ассоциации».

В заключение остановимся еще на нескольких практических проблемах, связанных с расхождениями между воззрениями психоаналитиков ранних этапов развития психоанализа и современными психодинамическими терапевтами. Первая из них касается запоминания сновидений и сообщений пациента о сновидениях. Большинство современных психодинамических терапевтов полагают, что терапевтическая полезность сновидений не ограничивается исключительно толкованием содержащихся в них латентных мыслей с помощью ассоциаций. Так, К. де Моншо считает функцию видения сна и сообщения о сновидениях (в смысле бессознательного желания и защиты в трансферентных отношениях) настолько же важной для сновидца, как и сновидение само по себе.

Вторая проблема связана с фиксированием приснившегося пациенту сновидения. Фрейд совершенно четко высказывался против стимулирования пациентов записывать свои сновидения, считая, что сновидения не забываются, когда основное бессознательное содержание готово к проработке. Дж. Слэп, наоборот, полагает, что подобные действия помогают лучше понимать сновидения; в качестве примера он приводит случай, когда его просьба к пациентке записать часть одного сновидения, которое вызывало у нее трудности при устном сообщении, привело к возникновению инсайта по поводу его содержания.

Третьей проблемой является то, что зачастую сообщение пациентом о сновидении обладает или приобретает отчетливое сходство с теоретической ориентацией психотерапевта. Так, например, исследователи сновидений, независимые от психотерапевтической практики, отмечают, что пациентам, проходящим психоанализ, в большинстве своем снятся сновидения, преисполненные традиционного фрейдовского символизма; пациентам аналитической психотерапии — образы и сюжеты, описанные в работах К. Г. Юнга и т. д. Х. Томэ и Х. Кэхеле считают, что этот факт не является свидетельством в пользу теории, которой придерживается психотерапевт, но говорит лишь о том, что пациент и терапевт оказывают взаимное влияние друг на друга. Они пишут: «Не следует особенно удивляться, если два участника сближаются при рассказе, общем исследовании и окончательном понимании сновидения». Продуктивность пациента в смысле его сообщений о сновидениях, естественно, также во многом определяется тем, каким образом терапевт реагирует на эти рассказы и есть ли у пациента ощущение, что они ему интересны. Как показывает в своем исследовании Томэ, это сближение не является результатом терапевтического внушения. Для того чтобы пациент мог сообщать о сновидении, он должен чувствовать себя достаточно безопасно в терапевтических отношениях.

И наконец, У. Грунерт возражает против мнения Фрейда о том, что само по себе содержание явного сновидения, без включения ассоциаций сновидца, может оказаться бесполезным для интерпретации. Она пишет: «В отличие от практики Фрейда аналитику не следует бояться придавать серьезное значение образам и событиям в сновидениях и в сопровождающих их или символизируемых эмоциях и аффектах». Из этого следует, что он должен давать и соответствующие интерпретации.

Завершение психодинамической терапии

В большинстве случаев невозможно назвать точную дату окончания психодинамической терапии. Во время обсуждения условий терапевтического контракта психотерапевт обычно объясняет такую открытость временных рамок пациенту тем, что длительность проводимой терапии прежде всего зависит от того, сколько времени потребуется для выявления и разрешения внутренних бессознательных конфликтов пациента. Иногда этот процесс может продолжаться несколько лет, так как изменения происходят через накопление минимальных, часто медленно распознаваемых сдвигов состояния.

Однако все же наступает время, когда и терапевт, и пациент приходят к выводу о том, что терапия вступает в свою завершающую фазу. В этот период как терапевт, так и пациент замечают, что больше не поступает нового материала и не отмечается никаких новых сопротивлений. Скорее отмечается продуктивная день ото дня работа пациента, который самостоятельно использует в практике своей повседневной жизни то, чему он научился в кабинете психотерапевта.

О необходимости завершения психодинамической терапии свидетельствует:

1) разрешение проблем пациента;

2) осознание пациентом своих проблем как дистонных образований;

3) понимание пациентом особенностей своего личностного развития, защитных и адаптивных механизмов, объектных отношений, переживаний собственного «Я» и т. п., служащих причинами проблем;

4) способность пациента распознавать и овладевать своими трансферентными реакциями;

5) выработанные навыки самоанализа в качестве метода диагностики и разрешения своих внутренних конфликтов.

В идеальном случае вопрос о завершении психотерапевтического курса поднимает сам пациент. Часто пациенты поднимают вопрос о завершении психотерапии не прямо, а косвенно, в виде фантазий или гипотетических обсуждений. В связи с этим психотерапевту, прежде чем переходить к обсуждению такого завершения, обычно рекомендуется послушать пациента еще некоторое время, внимательно анализируя новые вопросы и новые конфликты, которые может вызвать эта тема, и пытаясь определить, не является ли вопрос об окончании психотерапии проявлением сопротивления.

Но может случиться и так, что вопрос завершения работы «витает в воздухе», а пациент избегает всякого упоминания о такой возможности. В этой ситуации терапевт должен расценивать это как проявление психологической защиты против завершения.

В любом случае терапевт должен обозначить свое видение ситуации. Этим он стимулирует начало процесса завершения терапии. Конечная дата устанавливается по взаимному согласию. Обычно она назначается за несколько недель, но иногда выясняется, что для окончательной проработки чувств, связанных с завершением психотерапии, потребуется несколько месяцев.

На завершающем этапе перед терапевтом и пациентом стоят следующие главные задачи. Для пациента это прежде всего: 1) переживание и овладением чувствами разлуки и утраты, 2) окончательная проработка трансферентных чувств по отношению к терапевту и 3) начало самоанализа.

Подводя итоги психотерапии, пациент ретроспективно обращается к личной истории и проблемам, приведшим его на терапию, и оценивает свои достижения по изменению. Такое подведение итогов помогает пациенту завершить курс терапии с сознанием исполненного долга, испытывая очень важные чувства гордости за себя и глубокой благодарности к терапевту, сыгравшему важную роль в этом процессе. Кроме того, подведение итогов терапии позволяет облегчить последующий самоанализ пациента, еще раз повторяя и «освежая» те знания о себе, которые он накопил.

Оценивая эффективность оказанной помощи с точки зрения избавления пациента от проблем, приведших его на психотерапию, терапевт всегда должен помнить, а пациент понимать, что цели, преследуемые при терапии, хотя и связаны с целями пациента в жизни, все же существенно отличаются от них. Цели терапии всегда в значительной степени зависят от реальных требований и возможностей, выдвигаемых самой жизнью, т. е. от того, «что возможно в данное время в данном контексте» (Урсано, Зонненберг, Лазар, с. 98). Успешность психодинамической терапии вовсе не означает свободную и полную реализацию пациентом всех своих надежд и желаний. Скорее всего пациент, вступающий в завершающую стадию психотерапии, должен чувствовать, что благодаря ей он может постоянно функционировать на качественно более высоком уровне, зная о тех особенностях собственной личности, которые могут предрасполагать к возникновению интрапсихических конфликтов, и обладая навыками овладения ими, принимая разочарования, связанные с невосполнимой утратой каких-либо возможностей.

В завершающей фазе психотерапии пациент испытывает весьма болезненное, универсальное для всех людей переживание утраты взаимоотношений с человеком, который оказал ему большую помощь и которого он обычно воспринимает как человека доброго, понимающего и не несущего опасности. Эти переживания предоставляют еще одну возможность для личностного роста пациента через проработку трансферентных чувств, пробуждаемых таким опытом (например, имеющих отношение к утрате и воскрешению детских надежд на волшебное воссоединение с каким-либо из трансферентных

объектов своего детства). Отметим, что в свою очередь терапевт тоже чувствует схожее чувство утраты. Вместе с пациентом он теряет своего «коллегу» и ту часть жизни, которая была прожита вместе. Поэтому терапевту необходимо обращать пристальное внимание на свои контртрансферентные чувства, которые могут привести к попыткам избежать утраты пациента.

Отметим, что в связи с переживанием утраты нередко наблюдается рецидив проблем и возврат к старым трансферентным образцам и стилям взаимодействия с терапевтом. Подобная ситуация может оказаться хорошим «пробным камнем» для применения пациентом своих знаний и навыков на практике. Кроме того, опыт разлуки приводит к проявлению важных последних трансферентных элементов.

В связи с этим в этот период от терапевта требуется максимум внимания и поощрения тенденций самоанализа у пациента. Поддерживая его независимые усилия по интерпретации трансфера, терапевт может в мягкой манере руководить им, например указывая ему на незамеченные остаточные проявления трансферентных чувств и поясняя, каким образом они могут препятствовать его возросшей способности независимо размышлять о себе.

Кроме того, завершая процесс психотерапии, терапевт должен совместно с пациентом определить чувства, связанные с разочарованием в проведенной терапии, ее границы и неудавшиеся аспекты, обсудить возможность повторного курса в будущем и, насколько это необходимо, планы пациента на будущее.

Иногда психотерапевт осознанно или неосознанно испытывает нежелание заканчивать курс терапии из-за своего разочарования в том, что было сделано, или же сознательного или бессознательного чувства вины перед пациентом. Подобные чувства со стороны терапевта могут тормозить попытки развития автономных способностей пациента.

Обсуждая границы лечения, терапевт должен обсудить возможность будущего продолжения психотерапии. Если вопрос об этом ставится пациентом, терапевту следует рассмотреть его с точки зрения соотношения реальности и остаточных трансферентных чувств. Если терапевт считает, что показано продолжение терапии, а пациент при обсуждении этого вопроса остается безразличным, то терапевт должен трактовать эту полную удовлетворенность лечением как сопротивление дальнейшей работе.

На этой стадии также полезно обсудить с пациентом (особенно с тем, который проходил продолжительный курс) то, что процесс завершения распространяется за пределы последней сессии. В течение определенного времени после прекращения терапии пациент будет чувствовать, что он все еще интегрирует различные аспекты такого завершения.

В случае неудачного исхода курса психодинамической психотерапии завершение может происходить по инициативе как терапевта, так и пациента (даже в случае интерпретации его как сопротивления). В такой ситуации и пациент, и терапевт могут испытывать сильное разочарование друг в друге, в

самих себе и в самой психотерапии со всеми ее теориями и техниками, не оправдавшими ожиданий. Поэтому, во-первых, психотерапевт должен создать такую атмосферу, чтобы все негативные чувства выражал только сам пациент. Во-вторых, как бы высоко он ни оценивал психодинамическую терапию как вид помощи, при любой возможности он должен помочь пациенту при рассмотрении им альтернативных видов психотерапии. И наконец, в-третьих, терапевт должен постараться развенчать сложившийся у пациента миф о том, что если «такая психотерапия» была неэффективной, то это означает полный и окончательный провал.

Р. Урсано, С. Зонненберг и С. Лазар в своем кратком руководстве по психодинамической терапии описывают некоторые приемы, которые могут помочь терапевту преодолеть ощущение полной неудачи, возникающее у пациента. Первый из них состоит в напоминании пациенту тривиальной психологической истины о том, что каждому человеку свойственно меняться, независимо от его специфических черт и психологических проблем. Соответственно если психотерапия не помогла на этом жизненном этапе, то совсем не означает, что она не сможет помочь им позже. Второй заключается в рассказе о существующей в психотерапии проблеме совместимости терапевта и пациента. Направленность подобного рассказа должна быть сориентирована на снятие у пациента чувства вины из-за негативного результата психотерапии и стимулирование его на поиски другого вида психотерапии или другого психотерапевта. Еще одним приемом может служить обсуждение возможности перехода пациента к другому терапевту на основании взаимного признания трансферентной «подоплеки» решения о завершении курса.

Техники психодинамической терапии при работе с пациентами, имеющими различные уровни нарушений.

Вскрывающие техники при работе с пациентами невротического уровня

Очевидно, что психодинамическую терапию легче проводить с пациентами, у которых достаточно развито чувство базового доверия, имеется высокая степень автономии и хорошо сформировано чувство идентичности. Исходя из этого, для невротических пациентов целью терапии является устранение бессознательных препятствий для получения полного удовлетворения в любви, работе и развлечениях.

Как указывает Н. Мак-Вильямс, невротический пациент достаточно быстро устанавливает с терапевтом рабочий альянс, заключающийся в том, что наблюдающие Эго психотерапевта и пациента объединяются в раскрытии прежде бессознательных защит, чувств, фантазий и конфликтов. При быстро сформированном и устойчивом терапевтическом альянсе возможно проведение **интенсивного курса психодинамической терапии,** позволяющего достичь максимальных результатов за достаточно короткий срок. В настоящее время отечественные психодинамические терапевты, согласно канонам западных руководств, стремятся добиться от большинства пациентов обяза-

тельства приходить на «три или четыре сессии в неделю». Но тот же западный аналитический опыт свидетельствует, что пациенты невротического уровня после периода менее интенсивной терапии решают, что хотят «пойти глубже», и переходят от психодинамической терапии к психоанализу. Психоанализ занимает годы, но это не исключает того, что у более-менее здоровых людей улучшение в симптоматике или поведении наступает столь же быстро, как и при проведении любой другой терапии.

Тем людям, которые не готовы взять на себя обязательства относительно времени, денег и эмоциональных усилий, необходимых для проведения интенсивного анализа, значительную помощь может оказать психодинамическая терапия, когда пациент и психотерапевт встречаются менее трех раз в педелю и, как правило, лицом к лицу. В этом случае терапевт в меньшей степени поощряет эмоциональную регрессию, в меньшей степени способствует развитию невроза переноса и более активен в определении тем и акцептировании того, что в более интенсивной терапии было бы идентифицировано самим пациентом.

Другим привлекательным (если позволительно так говорить) качеством пациентов невротического уровня является их пригодность для краткосрочной психодинамической терапии, которая будет рассмотрена отдельно. Так называемым высокофункциональным пациентам также хорошо помогает работа в групп-аналитическом и семейном вариантах психодинамической терапии, в то время как пограничным и психотическим пациентам она часто не приносит облегчения.

Из всего вышесказанного следует, что, по существу, пациентам невротического уровня будет полезен любой терапевтический подход (а не только психодинамический). Обладая достаточным опытом длительных позитивных объектных отношений, они способны принимать благожелательность терапевта и успешно работать вместе с ним.

Кроме того, в отношении невротических пациентов нельзя не учитывать тот факт, что они служат хорошей рекламой для своих терапевтов, в отличие от пограничных пациентов, которые могут (даже при условии, что терапия им помогает) безжалостно порочить своих терапевтов или идеализировать их в такой преувеличенной манере, что у других создается впечатление, будто ими занимается виртуозный шарлатан.

Поддерживающие техники при работе с пациентами психотического уровня

Для понимания пациентов, функционирующих на симбиотическом уровне, даже если они не явно психотические, наиболее важно то, что эти люди находятся в состоянии паники (неслучайно, что лекарства, помогающие при лечении, например, шизофрении, оказывают в основном успокаивающее действие). Пациенты, склонные к психотической дезорганизации, страдают от ощущений незащищенности и внутреннего распада, поэтому при работе с ними недопустимо применять какие-либо техники, связанные с ослаблением

или изменением границ (как это делает традиционная аналитическая терапия при работе с невротическими пациентами). Соответственно наиболее подходящей техникой при лечении подобных пациентов обычно является **поддерживающая техника** психотерапии.

В качестве первого аспекта поддерживающей техники выделяют **демонстрацию психотерапевтом своей надежности.** Тот факт, что люди психотического уровня часто соглашаются с терапевтом, вовсе не означает, что они доверяют тому, кому уступают. Мало того, их податливость может означать и обратное: страх того, что авторитетные фигуры убьют их за то, что они имеют собственные желания. Поэтому первая и важнейшая задача терапевта состоит в том, чтобы постоянно демонстрировать свое отличие от примитивных образов враждебных и всемогущих авторитетов, на которых зафиксирован пациент психотического уровня.

Справиться с этой задачей довольно трудно. Для невротика, находящегося во власти параноидальных идей, достаточно проинтерпретировать перенос, т. е. объяснить, как пациент путает кого-либо с негативной фигурой из своего прошлого или как он проецирует на него какую-либо негативную часть самого себя. С глубоко нарушенными людьми интерпретация подобного рода бесполезна; фактически они воспримут ее как попытку психотерапевта хитрить с ними с каким-то коварным замыслом. Вместо этого с психотическим пациентом психотерапевту необходимо придерживаться точно выверенной линии поведения, максимально удаленной от угрожающих фантазий пациента. Это могут быть как сложные, тщательно продуманные ходы, так и вполне простые коммуникации. Например, терапевт может попросить пациента сказать, что в атмосфере психотерапевтического кабинета вызывает у него психологическое напряжение или чувство дискомфорта, предоставить возможность продемонстрировать свои знания и умения, поинтересоваться мнением относительно некоторых тем, не связанных с психотерапией.

Например, с пациентом Д., страдающим расстройствами шизофренического круга, мы периодически разговаривали об истории и культуре Испании, которыми он увлекался. После таких бесед, позволявших пациенту продемонстрировать свою эрудицию и в то же время почувствовать себя активным (что в его понимании означало «нормальным») участником диалога (с мнением которого, в отличие от матери или лечащих врачей, терапевт в некоторых случаях имел смелость не соглашаться), его тревога и дезорганизованность уменьшались, а иногда имело место улучшение психического функционирования.

Кроме того, терапевт может давать комментарии по поводу созидательных и позитивных аспектов даже самых причудливых симптомов. Так, например, у того же Д. наблюдалась следующая навязчивость: он стремился к идеальной (и в связи с этим практически недостижимой) укладке пробора, что отнимало много времени и нередко приводило к взрывам агрессии. По этому поводу была высказана следующая интерпретация: «Наверное, твое стремление добиться такого пробора, который бы целиком и полностью тебя устраи-

вал, связано с желанием нравиться окружающим, иметь возможность нормального общения с ними. И это очень здорово, так как показывает, что ты осознаешь тяжесть своей болезни и связанных с ней ограничений. Тем не менее ты не опускаешь руки, а пытаешься преодолеть их, пытаешься бороться с болезнью по мере своих возможностей. А это означает, что у тебя есть не только желание, но и силы». После этого навязчивость постепенно потеряла свою остроту и в последующем возникала только в периоды, следующие непосредственно после рецидивов.

Другой аспект демонстрации надежности психотерапевта состоит в том, чтобы вести себя с безусловной искренностью. Психотические пациенты (особенно страдающие шизофренией) обладают особой восприимчивостью к оттенкам чувств и честности своего терапевта. В связи с этим в общении они требуют значительно большей эмоциональной открытости терапевта, чем другие пациенты. Если же терапевт остается закрытым, они начинают интерпретировать его поведение на основе своих фантазий. Н. Мак-Вильямс иллюстрирует это положение на примере такого чувства, как раздражение: «Если человек невротического уровня спрашивает: "Вы на меня сердитесь?", полезно ответить что-нибудь вроде: "А что бы вы почувствовали или подумали, если бы я на вас рассердился?". Если тот же вопрос будет задан потенциально психотическим пациентом, психотерапевт должен ответить, например, так: "Вы очень чувствительны. Видимо, я *действительно* чувствую легкое раздражение — не только на вас, но и на себя. Я слегка недоволен тем, что не могу помочь вам так быстро, как бы мне хотелось. А почему вы об этом спросили?"».

Заметим, что поддерживающий стиль психотерапии все равно побуждает пациента проводить некоторую внутреннюю работу над своими проблемами, но только после того, как первоначальная паника, вызванная примитивными представлениями об опасном всемогуществе психотерапевта, нейтрализуется некоторой объективной информацией и положительным эмоциональным опытом.

Принципы открытости и прозрачности распространяются не только на личность психотерапевта, но и на весь психотерапевтический процесс в целом. Например, в вопросах оплаты услуг психотерапевта психотические пациенты могут иметь всевозможные тайны и своеобразные представления о значении денежного обмена — не в форме фантазий, которые сосуществуют с более разумными обоснованиями, а в виде личных убеждений.

Так, пациентка А., страдающая депрессивным расстройством психотического уровня, на одной из сессий сообщила, что по, ее мнению, если психотерапевт действительно считает себя ее единственным другом и искренне желает ей помочь, он должен уменьшить свой гонорар (и так минимальный), так как обязан понимать, что для полноценного и, главное, «радостного» существования ей необходимы «маленькие развлечения», в которых она себе отказывает из-за нехватки денег. Впоследствии эта идея трансформировалась в то, что «настоящий друг не может брать за дружбу деньги».

Анализ подобных мыслей при работе с психотиками, в отличие от невротиков, не помогает, поскольку такие представления синтонны. Следовательно, если психотический пациент ставит вопрос об оплате, ему рекомендуется отвечать, например, так: «Я беру деньги, поскольку зарабатываю себе на жизнь, помогая другим людям в решении их психологических проблем. Если я перестану это делать, то просто-напросто останусь без средств к существованию. Кроме того, если я стану брать меньшую плату, чем это принято среди моих коллег, то буду чувствовать неудовлетворенность и обиду на вас. А разве можно по-настоящему помочь человеку, на которого обижаешься или злишься?» Подобное заявление к тому же способствует лучшему пониманию пациентом сути психотерапии, что корректирует искаженные представления о терапевтических взаимоотношениях.

Мак-Вильямс рекомендует вести себя с психотическими пациентами очень открыто, т. е. по мере необходимости рассказывать о своей личной жизни. Это мотивируется тем, что в такой ситуации пациент чувствует себя максимально непринужденно. Но это таит в себе риск, связанный с тем, что некоторые аспекты раскрывшейся индивидуальности терапевта могут вызвать у пациента психотическую реакцию. Однако, учитывая, что непроницаемость терапевта порождает подобные реакции с большей вероятностью, преимущества открытого поведения терапевта перевешивают риск.

Свою заботу, а следовательно и надежность пациенту психотического круга можно продемонстрировать и другим способом: предложить ему помощь в разрешении более специфических проблем (например, дать прямой совет по решению той или иной житейской проблемы). Еще один способ — готовность разделить позицию пациента по некоторым вопросам, имеющим для него большое значение.

Необходимо отметить, что как самораскрытие, так и советы являются теми аспектами поддерживающей терапии, которые делают ее «необратимой». Если пациент диагностирован неправильно, психотерапевт уже не сможет стать снова непроницаемым для него. Терапия может смещаться от вскрывающей к более экспрессивной или от экспрессивной к более поддерживающей (если первоначальный диагноз был слишком оптимистичным), но терапевт не сможет восстановить свою способность анализировать перенос после того, как пациент видел его «подлинным».

Таким образом, с людьми психотического уровня следует вести себя более авторитетно (по не авторитарно), чем с высокофункционирующими пациентами. Действуя наравне, но профессионально более компетентно, психотерапевт позволяет напуганным пациентам почувствовать себя более защищенными. Естественно, что терапевт должен быть по-настоящему уверенным в правильности предлагаемых решений. В этом случае по ходу терапии даже самые нарушенные пациенты убеждаются в том, что находятся в безопасности, и решаются высказывать собственное мнение, что способствует развитию их психологической независимости.

Вторым аспектом поддерживающей терапии является **просветительская роль психотерапевта**. У людей психотического уровня существуют зоны сильного когнитивного замешательства, связанные с эмоциями и фантазиями. Как показывают многочисленные исследования семейной динамики шизофрении, психотические пациенты выросли в системах, где использовался очень противоречивый и сковывающий эмоциональный язык: члены семьи могли говорить о любви, а вести себя с ненавистью и т. д. В результате пациентам психотического уровня необходимо объяснять, что чувства — это вполне естественные человеческие реакции, что они отличаются от действий, что часто они тесно переплетены с фантазиями. Кроме того, до психотических пациентов очень важно донести представление о том, что их уникальные пугающие чувства могут быть универсальными и понятными многим другим людям.

Одним из компонентов просветительской роли является нормализация чувств, разрушающих пациента или воспринимаемых им как проявления болезни. При таком подходе терапевт обращается ко всей накопленной человечеством мудрости, обобщая в интересах пациента все, что ему известно о человеческой психологии. Н. Мак-Вильямс приводит следующий пример: одна из ее пациенток очень встревожилась, когда обратила внимание на ноги терапевта, открывавшей окно, и пришла от них в восхищение. Она забеспокоилась, что это признак лесбиянства. Мак-Вильямс отмечает, что при работе с менее нарушенной пациенткой ее можно было бы попросить проследить свои ассоциации, что выявило бы ряд скрытых аспектов личности. Но поскольку она имела дело с маниакально-депрессивной пациенткой, в испуге ожидавшей крайне негативной реакции терапевта, терапевту пришлось сообщить, что ей лестно такое замечание. Далее она сказала, что на основании истории пациентки заключает, что она не лесбиянка, хотя у любого человека возникают сексуальные чувства по отношению к людям обоих полов, но у большинства это остается на бессознательном уровне. Таким образом, она представила беспокойство пациентки в новом контексте, рассмотрев его в качестве еще одного примера ее повышенной чувствительности.

Активная образовательная позиция благотворно влияет на эмоциональное равновесие психотически встревоженного человека, поскольку смягчает его ужас перед психическим заболеванием. Кроме того, такая позиция «включает» пациента в более сложный психологической мир. Учитывая, что многих людей, обладающих симбиотической структурой личности, с детства определяли как ненормальных, такое доброжелательное участие само по себе оказывает на них корректирующее воздействие. В связи с этим в просветительской беседе важнее передать общую надежду на возможность понимания, чем быть предельно точным. Поскольку никогда ничего нельзя знать точно, лучше смягчать формулировки, называя подобного рода объяснения «догадками» или «предварительными гипотезами».

Подобный стиль воздействия первоначально был разработан для детей, у которых примитивные предубеждения сочетаются со страхами регрессии, и

получил название **восходящей реконструкции (восходящей интерпретации).** Эти названия указывают на отличие дайной интерпретации от интерпретаций, применяемых с пациентами невротического уровня, когда работа идет «вглубь» и направлена на защиту, ближайшую к осознанию. При восходящей интерпретации терапевт прямо вскрывает глубинный материал, проговаривает его содержание и объясняет, почему данный материал вошел в жизненный опыт пациента.

Третьим принципом поддерживающей терапии является **первоочередная интерпретация чувств и стрессов, а не защит.** Например, психотерапевту, работающему с глубоко нарушенными индивидами, часто приходится выслушивать бурные речи возбужденного пациента. Оставаться безучастным в этой ситуации антитерапевтично, а попытки интерпретировать проективную защиту или противопоставить искаженным представлениям пациента собственное видение реальности могут вызвать у пациента подозрение, что терапевт находится в тайном сговоре с мучителями. Н. Мак-Вильямс в этом случае рекомендует следующую тактику: во-первых, необходимо дождаться того момента, когда пациент сделает паузу, чтобы передохнуть (со стороны психотерапевта это может выражаться в спокойном сидении и сочувственных кивках в течение большей части сессии). По крайней мере, такой аффективный всплеск свидетельствует, что пациент теперь достаточно доверяет терапевту, чтобы бесконтрольно выражать свои чувства. Во-вторых, можно произнести фразу наподобие следующей: «Сегодня вы, кажется, более подавленны, чем обычно», никак не указывая на то, что по своему содержанию расстройство является патологией. Наконец нужно постараться помочь пациенту установить, что же вызвало такую бурю чувств, учитывая, что часто главная причина расстройства пациента только внешне связана с темой его излияний.

Приведем пример. На одной из сессий пациент Д. сообщил, что очередное обострение военной обстановки в Югославии напрямую связано с тем, что накануне вечером он сделал то, чего ни в коем случае не должен был делать (как позже выяснилось, прочитал в газете статью на тему, на которую он самостоятельно наложил запрет в связи с тем, что она вызывает у него слишком бурные эмоции). В ответ терапевт заметил, что, наверное, достаточно тяжело нести ответственность за поддержание равновесия в этой «горячей точке» и поинтересовался, каким образом Д. справляется с подобной задачей. В этом случае терапевт не выразил несогласия с интерпретацией событий, данной пациентом, но и не нанес удара по его самолюбию, отвергая их. И что самое важное, терапевт спровоцировал дальнейшее обсуждение. Обычно стоит пациенту выпустить пар, как на смену его параноидальным идеям постепенно приходит более реалистичное понимание происходящего. Иногда терапевт может помочь, мягко спрашивая пациента о других возможных объяснениях подобного восприятия, но только после того, как пациенту дали возможность выговориться. В результате таких действий пациент начинает воспринимать ситуацию реалистично и его состояние улучшается.

Поддерживающая терапия с психотичными и потенциально психотичными людьми имеет разные цели и разные критерии по сравнению с терапией менее нарушенных пациентов. Несмотря на некоторые предрассудки, психотерапия психотиков эффективна и несет в себе большой заряд душевного удовлетворения. Зачастую она может быть эмоционально тяжелой, опустошающей, угнетающей и требовать работы на пределе своих возможностей, но в то же время она эмоционально и интеллектуально стимулирует, повышает творческий потенциал психотерапевта.

Экспрессивные техники при работе с пограничными пациентами

Как уже отмечалось, термин «пограничный» имеет разнообразные значения. Дело не только в том, что депрессивный человек с пограничными чертами сильно отличается от нарциссического, параноидного или истерического пограничного пациента, но и в том, что внутри категории пограничного существует широкий диапазон тяжести состояния, простирающийся от невроза, с одной стороны, до психоза — с другой. Поэтому для людей с организацией личности пограничного уровня следует выбирать экспрессивную психотерапию.

Целью терапии, проводимой с пациентами, обладающими пограничной структурой, является развитие целостного, надежного, комплексного и позитивно значимого ощущения самих себя. Наряду с этим процессом происходит развитие способности полноценно любить других людей, несмотря на их отрицательные качества и противоречия. Для пограничных индивидов возможно постепенное продвижение от неустойчивой реактивности к стабильному принятию своих чувств, ценностей и восприятия жизни, несмотря на трудности, которые они представляют для терапевта, особенно на ранних стадиях терапии.

Экспрессивная терапия имеет много общего как с поддерживающей, так и с вскрывающей терапией. Пациента просят говорить все, что приходит ему в голову, психотерапевт помогает ему в этом разобраться, обе стороны ожидают, что в результате череды инсайтов и налаживания благоприятных дружеских отношений будут происходить изменение и рост личности. Но существуют и различия, причем они довольно существенны. Большинство из них проистекает из того обстоятельства, что пограничная личность, по определению, не имеет интегрированного Эго, наблюдающего объекты так, как их видит психотерапевт. Вместо этого пограничная личность подвержена хаотичному метанию между различными состояниями Эго, не обладая способностью собрать их воедино.

Несмотря на то что пациенты в пограничном состоянии обладают большей способностью к доверию, чем психотически организованные люди, и не требуют от терапевта постоянной демонстрации того факта, что в его кабинете они находятся в безопасности, может потребоваться достаточно много времени (вплоть до нескольких лет), чтобы добиться такого терапевтического альянса, который при работе с невротиком возникает через несколько минут после знакомства. В то время как психотический пациент скорее стремится

психологически слиться с терапевтом, а невротический пациент — сохранить свою отдельную идентичность, пограничная личность мечется, «дезориентируя себя и других», между двумя угнетающими состояниями: симбиотической привязанностью (вызывающей ощущение поглощения) и злобной изолированной отделенностью (связанной с чувством покинутости).

Ввиду нестабильности состояния Эго решающим моментом терапии таких пациентов является **установление постоянных условий психотерапии** — то, что Роберт Лангс назвал **терапевтическими рамками (сеттингом).** Это включает в себя не только упоминавшиеся ранее время, место, оплату и т. п., но и многочисленные решения по поводу границ взаимоотношений, которые редко приходится принимать в работе с другими пациентами. Обычно это связано с изматывающими психотерапевта проблемами следующего свойства: звонки домой, нахождение рядом с психотерапевтом помимо времени терапевтической сессии, шантаж по поводу суицида, затягивание и пропуски сессий, упреки в нарушении конфиденциальности, попытки манипуляции своим состоянием и т. п.

Некоторые из этих ситуаций находят свое выражение в форме вопросов, другие проявляются в виде действий, которыми проверяются границы взаимоотношений. Так, пациентка А., 30 лет, предъявляющая жалобы по поводу сильных трудностей в общении и диагностированная как мазохистический тип организации личности пограничного уровня, в одну из первых терапевтических сессий, на которой она преимущественно предъявляла агрессивные претензии к терапевту, связанные с невозможностью их общения вне рамок «психотерапевт—пациент», заявила, что времени сессии ей не хватило (хотя она сама значительно опоздала) и она требует немедленного продолжения работы. Все доводы терапевта о том, что согласно заключенному психотерапевтическому контракту их следующая встреча должна состояться через несколько дней, в согласованное время, а сейчас у него другие дела, в том числе связанные с оказанием помощи другим пациентам, она проигнорировала, ответив, что ей очень плохо и она нуждается в экстренной помощи. При этом она отказывалась выйти из кабинета, заявляя, что будет сидеть там столько, сколько понадобится, чтобы психотерапевт снова начал с ней работать, и заставить ее уйти можно только силой. В такой ситуации терапевт был вынужден сам покинуть кабинет и обратиться за помощью к коллегам, которые предоставили ему другой кабинет и стали осуществлять периодическое профилактическое наблюдение за поведением пациентки в его собственном кабинете. Через некоторое время терапевт вернулся и попытался вновь вступить в диалог с пациенткой, которая уже пошла на уступки и соглашалась вне кабинета подождать, когда терапевт закончит другую работу. Поскольку терапевт не принял ее условий, она обратилась за помощью к его коллегам, которым жаловалась на своего терапевта и требовала, чтобы они заставили его сделать так, как она хочет. Не добившись желаемого, она, в момент когда терапевт провожал другого пациента, стала громко угрожать ему, в том числе обещая повеситься перед дверью кабинета. Увидев, что и это не приводит к

желаемому результату, она ушла, но только затем, чтобы на улице подкараулить терапевта и сначала продолжить свои претензии, а потом просто молча следовать за ним на некотором расстоянии. Однако увидев, что терапевт не реагирует и на это, она разозлилась, опрокинула урну и в слезах убежала. На следующей сессии ее поведение стало материалом для обсуждения, в результате чего выяснилось, что аналогичные ситуации случались и раньше, были связаны с особенностями ее семейных (родительско-детских) отношений и в прошлом закапчивались более эффективно.

У пограничного пациента может возникать бесконечное количество подобных проблем, и терапевту важно знать, что главное не то, какие условия будут поставлены (они могут варьироваться в зависимости от личности пациента и предпочтений терапевта), а то, чтобы они были поставлены, постоянно проверялись и подкреплялись особыми санкциями, если пациент им не следует. Подчеркнем, что большинство пограничных пациентов ведут себя провокационным образом в отношении границ, напоминая подростка, которого родители не приучили к ответственному поведению.

Таким образом, при работе с пациентами пограничного уровня вся работа, связанная с условиями психотерапии, является психотерапией. Когда достигается терапевтический альянс по невротическому типу, пациент, по определению, делает гигантский шаг в собственном развитии. Зачастую эта необходимость тратить столько времени и усилий на установление границ с людьми, нередко интеллектуальными, здравомыслящими и владеющими хорошей речью, приводит терапевта в замешательство. Терапевту начинает казаться, что более «правильным» было бы заниматься другими вещами. Поэтому терапевты, особенно впервые работающие с пограничными пациентами, периодически испытывают приступы сомнения в своей профессиональной компетентности.

Другой аспект условий работы с пограничными пациентами состоит в том, что за исключением немногих людей, находящихся ближе к границе с неврозом, терапевту, как правило, лучше работать с ними лицом к лицу. Пограничные пациенты не подвержены таким всепоглощающим переносам, как психотические больные, но все же испытывают большое количество переносов, и терапевт не должен усугублять их ощущение неопределенности, уходя из поля зрения. Кроме того, у пограничных пациентов не следует поддерживать состояние напряженности, поэтому только особый набор обстоятельств (например, временная тенденция к суициду или потребность в интенсивной помощи в процессе излечения от наркотической зависимости) может потребовать более трех сессий в неделю.

Следующее обстоятельство, на которое следует обратить внимание при работе с пограничными пациентами, связано с формулировкой интерпретаций. Как мы уже отмечали, с невротиками комментирование должно происходить не чаще, чем это требуется для поддержания внимания пациента (чем реже, тем лучше). Сама интерпретация обычно направлена на вскрытие некоего конфликта, когда пациент знает только об одной стороне чувств, в свя-

зи с чем пациент чувствует себя понятым, хотя и слегка задетым. Но пациенты пограничного уровня воспримут это как критику и унижение, поскольку, если не выразить интерпретацию по-другому, главное, что они услышат, будет состоять в следующем — «вы полностью заблуждаетесь по поводу своих истинных чувств». Это непонимание проистекает из их тенденции находиться в том или другом состоянии Эго, а не в состоянии комплексного личностного отождествления, когда неопределенность и амбивалентность можно перенести.

По этим причинам при работе с пограничными пациентами возникают ситуации, когда терапевт полагает, что он проявляет заботливое понимание, в то время как пациент реагирует таким образом, будто на него нападают. Обойти эту проблему можно, если вспомнить, что у пациента в пограничном состоянии отсутствует наблюдающее Эго, воспринимающее интерпретацию как дополнительную информацию о себе, и соответственно этой функцией следует наделить интерпретацию. Пограничные пациенты склонны воспринимать терапевта эмпатически.

Например, в случае пациентки Н., из сессии в сессию жаловавшейся на «невозможность поддерживать спонтанную беседу», «запомнить прочитанный материал», «попять в полной мере, что говорят другие» и, самое главное, «невозможность что-либо изменить, несмотря на титанические усилия» (все органические причины подобной симптоматики были исключены неврологическим и психиатрическим обследованием), при очередной интерпретации терапевт высказал следующую мысль: «Как показывает опыт наших встреч, вы хорошо осознаете всю тяжесть вашей болезни и пытаетесь с ней справиться всеми возможными способами, не теряя присутствия духа даже при неудачах. Но, похоже, наряду с этим в вас одновременно уживаются и некоторые другие тенденции, иногда противоположные, например раздражительность по отношению к тем, кто не согласен с вашим медицинским диагнозом, или желание, чтобы все окружающие уделяли все свое внимание вам, как человеку тяжело и неизлечимо больному».

Подобные интерпретации не столь сильны и красивы по сравнению с интерпретациями для невротиков, зато ввиду специфики Эго пограничных людей они скорее будут восприняты должным образом.

Третьей характеристикой эффективной психотерапии пациентов пограничного уровня является **интерпретация примитивной защиты по мере ее проявления во взаимоотношениях.** Поскольку у людей, находящихся в пограничном состоянии, защита носит слишком глобальный характер и они поразному чувствуют и ведут себя в разных состояниях Эго, анализ защиты требует специального подхода.

С пациентами, находящимися в пограничном состоянии, не рекомендуется проводить генетическую интерпретацию, во время которой реакция переноса «привязывается» к чувствам, соотносимым с определенной фигурой из прошлого пациента. Работая на невротическом уровне, можно достичь хороших результатов, делая интерпретации типа «Возможно, вы злитесь на меня, по-

тому что воспринимаете меня как своего отца». Невротичный пациент часто соглашается, отмечает различие между психотерапевтом и своим отцом, интересуется, в чем еще может проявляться это искаженное восприятие. Реакция пациента в пограничном состоянии варьируется от «Ну и что?» до «И как это может мне помочь?», что делает генетические интерпретации бесполезными. Поэтому при работе с пограничными пациентами следует интерпретировать природу эмоциональной ситуации, сложившейся в данный момент. Дело в том, что у пограничного пациента защита при работе, скорее всего, не является переносом или проекцией, как это происходит у невротика, а представляет собой проективную идентификацию: он пытается избавиться от ощущения «я плохой» и связанного с ним озлобления, перекладывая их на терапевта, но перенос образа и представления не является «чистым» и, несмотря на проекцию, ощущение собственной «нехорошести» сохраняется.

Пограничные пациенты не могут избавиться от ощущения проецирования и безразлично отнестись к тому, насколько реалистично то, что происходит, поскольку, в отличие от психотиков, связь с реальностью у них не нарушена. Они также не могут переложить ответственность за проекцию на бессознательную часть Эго, поскольку, в отличие от невротиков, в их личности отсутствует дифференциация наблюдающего и переживающего Эго. Поэтому они продолжают ощущать то, что проецируют, наряду с потребностью сделать это соответствующим реальности, чтобы не чувствовать себя сумасшедшими. В результате терапевт постоянно ощущает сильные чувства пациента и испытывает контрперенос гнева, поскольку пациент пытается утвердить свою проекцию, настаивая на том, что злится из-за неприязненного поведения терапевта. Вскоре терапевт действительно начинает вести себя неприязненно, так как чувствует, что его «переиграли». Подобные стычки являются причиной плохой репутации, которой пограничные пациенты пользуются у терапевтов, несмотря на то что они нередко бывают приятными людьми и обычно хорошо реагируют на квалифицированное лечение.

В этих непростых условиях необходимы дополнительные усилия, чтобы довести интерпретацию до пограничного пациента. Н. Мак-Вильямс рекомендует сказать следующее: «Похоже, у вас сложилось убеждение, что вы плохой. Поэтому вы злитесь и пытаетесь справиться со своей злостью, утверждая, что плохой я и что именно моя злость вызывает в ответ вашу. А вы можете представить себе: и вы, и я сочетаем в себе плохое и хорошее? Так, может быть, не стоит это так раздувать?»

В данном примере терапевт пытается заменить полярные взгляды пациента, в которых присутствуют только два цвета — черный и белый, мироощущением, допускающим целый спектр эмоций в отношении одной и той же личности. Отметим, что подобные попытки приходится предпринимать в различных формах в течение длительного времени, однако в конце концов они оказываются эффективными.

Четвертым направлением психодинамической работы с пограничными пациентами является обращение к пациенту за помощью при решении дилемм

«или/ или», с которыми, как правило, сталкивается терапевт. Здесь пациент становится своего рода супервизором терапевта.

Пограничные пациенты стремятся создать у терапевта ощущение, что в данной ситуации существуют два взаимоисключающих решения, оба из которых неверны по разным причинам. Обычно это представляет собой проверку. Если терапевт действует одним образом, он терпит поражение на одном полюсе конфликта с пациентом, а если избирается другая альтернатива — поражение произойдет на противоположном полюсе.

Уже упоминавшаяся пациентка А. с первых же сессий предпочитала большую часть времени молчать, реагируя на все попытки терапевта начать диалог формальными ответами, не дающими возможности для развертывания беседы. Иногда она всю сессию молчала.

Поскольку она расценивалась как человек с пограничным уровнем функционирования психики, терапевт считал, что традиционный анализ сопротивления, который мог бы начаться с напоминания об основном правиле, в этом случае будет малоэффективным, так как он больше рассчитан на невротиков. Предполагая, что это молчание связано с примитивным удержанием равновесия между страхом быть поглощенной и страхом оказаться покинутой, а также не имея установившегося рабочего альянса, терапевт посчитал возможным обратиться к самой пациентке. Он спросил, как бы она хотела, чтобы он реагировал на ее молчание. А. ответила, что она предпочитает, чтобы ей задавали вопросы и буквально «вытягивали» из нее ответы. Вспомнив о том, что пациентка рассказывала о своем опыте общения, в том числе с психотерапевтами (не выдерживая ее медлительности, эмоциональной отстраненности и вспыльчивости, все стремились свести общение с ней к минимуму), терапевт заметил, что он мог бы начать делать это, но, к сожалению, он не умеет читать мысли и поэтому боится ошибиться. Тогда пациентка пообещала стараться говорить, но не стала этого делать, ссылаясь на неготовность к разговору и прося некоторое время для того, чтобы «суметь это выдержать». Такая ситуация продолжалась еще около трех месяцев, однако теперь уже спокойно воспринималась и пациенткой, и терапевтом. Впоследствии, после того как работа перешла в более активную фазу, пациентка призналась, что это молчание играло для нее очень важную роль — с его помощью она выясняла, насколько терапевт сильнее ее в плане выдержки психического напряжения. Она сказала, что благодаря выдержке и пониманию, проявленным психотерапевтом, смогла почувствовать, что он действительно тот человек, которого она может пустить в свой «ужасный внутренний мир», потому что он не испугается, не разозлится, «ничего там не станет ломать», а будет вести себя, «руководствуясь здравым смыслом, как взрослый». Это доверие, сформировавшееся в молчании, позволило позже, в кризисные моменты психотерапии, обращаться к этому опыту за поддержкой.

Таким образом, этот метод снижает чувство неловкости у терапевта и, что более важно, моделирует принятие неопределенности, укрепляет чувство собственного достоинства и творческое начало, а также напоминает обеим

сторонам психотерапевтического процесса о кооперативной природе их совместной работы.

Людям с пограничным уровнем организации личности эмпатия требуется не меньше, чем остальным, но их изменения в настроении и флуктуации состояния Эго мешают психотерапевту понять, когда и где ее следует выражать. Поскольку пациенты вызывают контрпереносы любви, когда подавлены или напуганы, и контрпереносы ненависти, когда ведут себя отвергающе, терапевт может обнаружить, что непреднамеренно поощряет в них регрессию и наказывает за проявление индивидуальности. Однако правильная оценка их психологии дает терапевту основание для более осознанного поведения. Следует быть относительно невосприимчивым к состояниям субъективной беспомощности и демонстрировать понимание самоуверенности пациента (даже если она принимает форму сердитого противостояния).

В исследованиях Дж. Мастерсона и коллег предлагается терапевтический подход, основанный на внимании к проявлениям близости и отчужденности. Мастерсон считает, что матери пациентов, диагностируемых как пограничные, были сильно привязаны к детям и отзывчивы к ним в раннем младенчестве, но подавляли их индивидуальность, обычно начинающую проявляться в возрасте от 18 месяцев до 3 лет. В результате подобного воспитания эти пациенты значительно позже приобретают способность чувствовать себя безопасно, находясь в зависимых взаимоотношениях. В одиночестве же они страдают от мучительной заброшенности, которую Мастерсон назвал «депрессией покинутости». Таким образом, близость комфортна, но с ней приходит чувство, что тебя поглощают, контролируют и инфантилизируют. Отделенность, несмотря на свою объективную болезненность, в конечном счете наделяет силой.

В методике работы с пограничными пациентами, рекомендуемой Мастерсоном, сделан акцепт на необходимости действовать противоположным образом, чем это намеренно делала мать, активно противостоять регрессивному и саморазрушающему поведению (например, «Зачем вам надо напиваться каждый вечер?») и подчеркнуто поощрять все усилия, направленные в сторону автономии и действенности (например, «Я рад видеть, что вы можете ответить мне, когда я вас злю»). В этой модели упор делается на ослаблении зависимости, подрывающей самоуважение пограничных пациентов. Необходимо уметь видеть поступательные, адаптивные элементы даже в наиболее раздражающих проявлениях самоутверждения. Поскольку естественные контрпереносы человека идут в обратном направлении, эти чувства далеко не всегда легко принять.

Ф. Пайн сформулировал суть работы с пограничными пациентами, перефразировав русскую поговорку: «Куй железо, пока холодно». Известно, что людям невротического уровня лучше всего предлагать интерпретацию тогда, когда они находятся в состоянии эмоционального подъема, чтобы содержание наблюдения терапевта не послужило интеллектуализации и чтобы сила воздействия обсуждаемых вопросов оказалась несомненной. В работе с по-

граничными пациентами действует противоположное правило. Когда эти люди находятся в повышенном эмоциональном состоянии, они слишком расстроены, чтобы что-то воспринимать. Обсуждать то, что с ними произошло, когда они пребывают в состоянии гнева, паники или острой регрессии, можно, но только после того, как это состояние прошло и пациенты внутренне отошли от столь изматывающего взрыва чувств.

Пограничному пациенту можно сказать: «На мой взгляд, то, о чем вы сейчас говорите — о вашей тенденции испытывать чувства злости и раздражения и срывать их на близких, напоминает ваши нападки на меня на прошлой педеле. Тогда и сейчас у меня возникает чувство, что вам хочется разрушить все, что бы я вам ни предложил». В состоянии эмоционального покоя пограничный пациент сможет услышать, что именно психотерапевт говорит о динамике взаимоотношений и своих попытках ее понять. Но в состоянии напряжения чувств он воспримет такую интерпретацию не только как осуждение, но и как попытку отбросить страстно сдерживаемые чувства (например, как будто они достойны презрения). Попытка сказать пациенту, объятому злобой, что он пытается уничтожить терапевта, только приведет к усилению беспомощной ярости от сознания того обстоятельства, что человек испытывает такие грубые порывы.

Последний важный аспект, связанный с психодинамической терапией пограничных пациентов, касается особенностей возникающего контрпереноса. Пограничные клиенты в значительно большей степени, чем личности невротического и психотического уровня, общаются посредством мощного и невербализированного переноса восприятий. Даже если они свободно ведут беседу в процессе терапии, наиболее важные сообщения, которые они посылают, часто заключены не в их словах, а в «фоне» их эмоционального состояния. Интуитивные, эмоциональные и образные реакции психотерапевта, возникающие при общении с пограничным пациентом, нередко могут дать больше материала относительно того, что происходит между ними, чем конструктивная рефлексия общения с пациентом или поиск ответа в теории.

Когда терапевт внезапно чувствует усталость, гнев, панику или же его переполняют сексуальные желания, вероятно, происходит нечто, что бессознательно возбуждается пациентом и сообщает какую-либо важную информацию о его внутреннем состоянии.

Например, пациентка Е. раздраженно рассказывала о грубом и жестоком поведении по отношению к ней ее очередного сексуального партнера. Во время этого рассказа терапевт заметил, что у него постоянно возникает фантазия о собственной незначительности в этом диалоге и о желании грубо прервать этот агрессивный поток слов с риском вызвать еще более бурную эмоциональную реакцию. После некоторой внутренней проверки своих чувств терапевт пришел к выводу, что они связаны с проекцией отщепленной неосознаваемой части личности пациентки. Поэтому он сказал: «Я вижу, что вы сильно обижены и злитесь, по мне кажется, вы в то же время чувствуете

себя незначительной и стремитесь любым способом привлечь к себе внимание».

Однако использование контрпереноса в качестве источника информации может сыграть с терапевтом злую шутку, поэтому к нему надо относиться внимательно. Далеко не все мысли и чувства, возникающие у терапевта в ходе работы с пограничным пациентом, вызваны пациентом. В худших случаях психотерапевты даже могут причинить вред, ориентируясь на интеллектуальные защиты, облеченные в форму концепций проективной идентификации или наведенного контрпереноса. Многочисленные клинические данные свидетельствуют, что контрперенос, как и перенос, всегда представляет собой смесь генерированного изнутри и стимулированного извне материала, иногда со смещением в одну сторону, иногда — в другую. В связи с этим психотерапевты должны осознавать свою собственную динамику и нести эмоциональную ответственность за свои реакции, даже если они вызываются пациентом. Те интерпретации, в надежности которых терапевт уверен, должны предлагаться в такой форме, чтобы пациент мог согласиться с наличием самой проблемы, — даже если объяснение покажется ему ложным.

Краткосрочная психодинамическая терапия.

Психодинамическая терапия может быть как длительной, так и краткосрочной. Длительное лечение, как отмечают Р. Урсано, С. Зонненберг и С. Лазар, «по сути дела, не имеет фиксированного конца» (Урсано, Зонненберг, Лазар, с. 123), дату окончания трудно установить в начале терапевтического процесса. По отношению к нему можно сказать, что его продолжительность зависит от числа конфликтных зон, которые должны быть проработаны в ходе терапии.

Краткий курс психодинамической терапии призван внести поведенческие изменения, связанные с проработкой какой-либо определенной области внутреннего конфликта. Он отличается от долговременного курса психодинамической терапии временными рамками прохождения такого лечения (от 6 до 20 сессий). Ограниченное время придает этому виду психотерапии свою специфику, проявляющуюся в особенностях целей лечения, отборе пациентов и технических приемах.

Краткосрочная психотерапия занимается преимущественно относительно «свежими» психодинамическими конфликтами, тормозящими или искажающими личностный рост клиента. В то время как долговременная психотерапия обращается к прошлому пациента, краткосрочная терапия целиком полагается на те конфликты, которые стали критичными для жизни пациента именно сейчас. При этом краткосрочная психодинамическая терапия опирается на способности самого пациента к применению навыков, полученных в психотерапии, в повседневной жизни.

Первоначальные психоаналитические курсы Фрейда были весьма краткими и длились от 3 до 6 месяцев, но с течением времени психодинамическая терапия стала значительно более длительной процедурой. Впервые кратко-

срочный вариант психодинамической терапии разработал Франц Александер, а окончательно ее принципы были выработаны Дэвидом Маланом, Питером Сифнеосом, Джеймсом Манном и Хабибом Даванлоо. Концепции этих авторов несколько различаются, но ниже будут описаны общие принципы, единые для всех моделей.

Говоря об отборе пациентов для краткосрочной психодинамической терапии, отметим, что прежде всего пациент должен быть способен к терапевтическому расщеплению Эго и иметь высокую мотивацию к изменениям. Кроме того, чем более просты и понятны основные жалобы, тем больше вероятность выявления конфликтной области за короткое время. Соответственно сложные проблемы требуют значительно большего времени. Так, например, пациент, сообщающий, что в жизни у него имелись близкие отношения хотя бы с одним человеком, является более подходящим кандидатом для краткосрочной психотерапии, чем человек, никогда не имевший опыта таких отношений, так как последний обладает лучшими способностями к объектным взаимоотношениям и будет легче переносить фрустрации, неизбежно возникающие в ходе терапии.

Еще один положительный дифференциальный признак — хорошая реакция на пробную интерпретацию. В связи с этим Малан подчеркивает, что если терапевту не удается установить эмоциональный контакт с пациентом, то ему будет чрезвычайно трудно создать за короткое время терапевтический альянс, столь необходимый для краткосрочной психотерапии.

При работе с серьезными глубинными нарушениями необходимо учитывать, что если от пациента можно ожидать проявлений тяжелой депрессии или эпизодических психотических обострений или же если пациент обнаруживает тенденцию к отреагированию своей патологии в действиях, нарко- и токсикомании, суицидном поведении, то этот пациент непригоден для краткосрочного лечения.

Как показывает опыт, большинство психотерапевтов не берут пациента на краткосрочную терапию, если в ходе первичного интервью не будет выявлен **основной очаг конфликта (фокуса).** В качестве маркеров главного очага чаще всего выступают ранние психотравмы и повторяющиеся паттерны поведения. Впрочем, иногда отправной точкой для изучения главного конфликта может послужить сновидение пациента. Таким образом, в ходе первичного интервью терапевт усиленно ищет соответствие текущего жизненного конфликта пациента и какого-то детского конфликта. Чем очевиднее такое соответствие, тем больше вероятность последующего выявления конфликта и его проработки в трансфере и соответственно тем выше эффективность терапии.

Отметим, что нередко выявляется не один, а несколько конфликтов. В этих случаях только опыт и интуиция терапевта могут подсказать ему, какая из выявленных областей является в данный момент критической и наиболее доступной, т. е. какую область удастся «отсечь» от прочих аспектов личности пациента.

Критериями для определения главного конфликта в краткосрочной психодинамической терапии служат:

1) ранние значимые травмы в жизни и повторяющиеся паттерны поведения пациента;

2) активное проявление фокального конфликта в жизни пациента;

3) эмоциональные ответы пациента на пробную интерпретацию главного конфликта.

Особое внимание следует обратить на конфликты, связанные как с успехом, так и с утратой. Для работы выбирается один главный конфликт, связанный с какой-либо трансферентной фигурой.

Обычно фокальный конфликт представляется пациенту в конце первичного интервью в виде предложения о начале краткого курса психодинамической терапии. Манн описывает сердцевинный конфликт как «постоянно присутствующую, хронически испытываемую пациентом боль» (здесь и далее цит. по: Урсано, Зонненберг, Лазар), которая исходит от предсознательной области. Она чаще всего включает чувства «радости, грусти, безумия, страха или вины». Основная проблема определяет характер терапевтического контакта и цель лечения.

В литературе по краткосрочной психотерапии существует единодушное мнение, что краткосрочная психодинамическая терапия обычно должна ограничиваться 6-20 сессиями, при обычном проведении одной сессии в неделю. Однако в некоторых случаях может потребоваться до 40 сессий. Если психотерапевт превышает это число, то он должен перейти к долгосрочному курсу. Заметим, что продолжительность психотерапии сильно зависит от поддержания направленности на фокус, поэтому когда количество сессий переходит отметку 20, терапевт должен осознавать, что он вторгается в более широкий анализ личности и теряет эту направленность.

Окончание краткосрочной терапии имеет очень большое значение. Из-за краткости лечения его окончание постоянно присутствует в сознании как терапевта, так и пациента. Поэтому к завершению терапии необходимо подходить с помощью прямых, но осторожных действий, с тем чтобы трансфер переживался как нечто реальное и главное в нынешней жизни пациента.

Психодинамические терапевты обычно выражают различное мнение по поводу того, следует ли называть дату окончания лечения в его начале. Некоторые называют такую дату и объясняют в это время свои требования в отношении пропущенных сеансов; другие просто называют число сеансов. Некоторые оставляют дату окончания лечения открытой и обычно сообщают пациенту, что они будут встречаться с ним в течение определенного короткого времени. Установление такой даты может побудить тех пациентов, которые опасаются своей зависимости (например, пациенты с обсессивным типом организации личности), начать лечение, а также может ограничить регрессию при более сложных случаях.

Модель краткосрочной психодинамической терапии была разработана в 1966 г. Р. Маклеодом и Дж. Тинненом и имеет следующие характеристики:

1) необходима ранняя формулировка проблемы пациента;

2) психотерапия должна быть сосредоточена на последнем стрессе;

3) следует избегать интерпретаций переноса, поскольку пациент никогда не начинает лечения из-за проблем, связанных с психотерапевтом; главный фокус внимания при работе с трансфером должен быть сосредоточен на том, что происходит здесь и сейчас;

4) следует выявлять и использовать влияние окружения;

5) схемы должны быть гибкими;

6) проблемы контрпереноса следует обсуждать на супервизиях;

7) психотерапия должна быть приспособлена к нуждам конкретного пациента.

Все обычные технические приемы, применяемые в психодинамической терапии (анализ защитных механизмов, интерпретация и т. п.), используются и в краткосрочной терапии. При работе со многими пациентами могут быть использованы и сновидения, но в строго фокусированном плане. Интерпретации трансфера, если они случаются, как правило, происходят максимально «привязанно» к ситуации и на протяжении 6-20 сессий к ним прибегают не более одного-двух раз. Если таких интерпретаций слишком много, то они утрачивают свою действенность и становятся чем-то весьма тривиальным. Соответственно пациент уже не улавливает их смысла и не испытывает эмоционального переживания своего прошлого в настоящем.

Большое значение для успешности краткосрочной психотерапии имеет «некоторое мягкое игнорирование». Его суть состоит в том, что в ходе краткосрочной терапии выявляются многие области, которые вызывают психодинамический интерес, однако терапевт сосредоточивает все свое внимание исключительно на главном очаге, игнорируя все прочее без комментариев.

Динамика краткосрочной психодинамической терапии включает в себя следующие фазы и возникающие на них проблемы. В самом начале пациент обычно испытывает прилив магических ожиданий, связанных с фигурой психотерапевта, поэтому на протяжении этой фазы терапевт должен быть сдержан в своих комментариях. При подходе к средней стадии курса пациент может расширить свои ассоциации за рамки фокального конфликта. Вопрос удержания конфликтного очага в центре внимания или его расширения в этом случае решается терапевтом исходя из того, хочет ли он, чтобы краткосрочная терапия оставалась краткосрочной или нет. На средней стадии лечения непременно появляется сопротивление, что предоставляет терапевту возможность интерпретировать защитный стиль пациента, включающий в себя компоненты как прошлого, так и настоящего. К концу средней стадии или в начале завершения лечения может стать заметной тема трансфера, т. е. появляется возможность интерпретировать его в прямой, поддерживающей и

эмпатической манере, что выкристаллизовывает главный конфликт в том его виде, в котором он проявился в прошлом и живет в настоящем.

Окончание лечения всегда требует анализа переживаний пациента, связанных с утратой своего объекта трансфера (оживающего детского желания разрешить какую-либо прошлую травму) и реального психотерапевта. Довольно часто терапевты начинают чувствовать, что «покидают» своего пациента. Во время супервизий они делятся своими внутренними сомнениями: «Достаточно ли этого? Может быть, ему требуется что-то еще? Может, стоит продолжать?» В этом случае следует проанализировать реальность ситуации пациента и контртрансфера терапевта. Если пациент правильно отобран, терапевт реагирует на трансфер.

Если пациент требует дополнительных сеансов, то нужно внимательно его выслушать, прислушаться к его просьбам, но вовсе не обязательно соглашаться. Психотерапевту нужно решить, являются ли такие просьбы частью трансфера или же это проявление нового фокуса, над которым, возможно, придется работать в будущем. Разумеется, терапевт не должен стремиться к завершению лечения во что бы то ни стало, если это может быть связано с серьезными испытаниями для пациента.

В случае, если терапевт считает, что проведенных сессий достаточно, он может поступить несколькими способами. Зачастую достаточно просто выслушать пациента и объяснить ему, что его нежелание расставаться с терапевтом вполне понятно, но он готов двигаться дальше самостоятельно. Кроме того, пациенту можно напомнить, что если возникнут проблемы, с терапевтом можно связаться вновь. Наконец пациенту можно объяснить, что расставание полезно, так как позволяет ему воспользоваться новыми навыками и знаниями (даже если планируется дальнейший курс психотерапии).

Литература.

Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. — М., 1993.

Айзенк Г. Ю. Сорок лет спустя: новый взгляд на проблему эффективности в психотерапии // Психологический журнал. — 1994. — Т. 15. — № 4. — С. 11-18.

Ахмедов Т. И., Жидко М. Е. Психотерапия в особых состояниях сознания: История, теория, практика. — Харьков; М., 2000.

Браун Дж. Психология Фрейда и постфрейдисты. — М.; Киев, 1997.

Браун Дж., Педдер Дж. Введение в психотерапию: Принципы и практика психодинамики. — М., 1998.

Винникотт Д. В. Маленькие дети и их матери. — М., 1998.

Винникотт Д. В. Разговор с родителями. — М., 1994.

Виттельс Ф. Фрейд: Его личность, учение и школа. — Л., 1991.

Гринсон Р. Р. Техника и практика психоанализа. — Воронеж, 1994.

Дадун Р. Фрейд. — М., 1994.

История психоанализа в Украине / Сост. И. И. Кутько, Л. И. Бондаренко, П. Т. Петрюк. — Харьков, 1996.

Кан М. Между психотерапевтом и клиентом: Новые взаимоотношения / Пер. В. В. Зеленского и М. В. Ромашкевича. — СПб., 1997.

Качалов П. Лакан: заблуждение тех, кто не считает себя обманутыми // Логос. — 1992. — №3. — С. 177-184.

Кейсмент П. Обучаясь у пациента. — Воронеж, 1995.

Кернберг О. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях. — М., 1999.

Кернберг О. Ипостаси любви. — М., 1999.

Кляйн М. Зависть и благодарность: Исследование бессознательных источников. — СПб., 1997.

Крейн У. Теории развития: Секреты формирования личности / Пер. О. Голубевой, Н. Миронова, Л. Ордановской, М. Парсадановой, С. Рысева, С. Чилингаровой. — СПб., 2002.

Криппнер С., Диллард Д. Сновидения и творческий подход к решению проблем. — М., 1997.

Куттер П. Любовь, ненависть, зависть, ревность: Психоанализ страстей. — СПб., 1998.

Куттер П. Современный психоанализ. — СПб., 1997.

Лакан Ж. Инстанция буквы в бессознательном, или Судьба разума после Фрейда // Московский психотерапевтический журнал. — 1996. — № 1. — С. 25-54.

Лакан Ж. Функция и поле речи и языка в психоанализе. — М,. 1995.

Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу / Пер. Н. С. Автономовой. — М., 1996.

Лоренцер А. Археология психоанализа: Интимность и социальное страдание / Пер. А. М. Руткевича. — М., 1996.

Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. М. Глущенко, З. Зимина, Н. Лохова, В. Сидорова, Д. Шаталова, А. Шутков, К. Ягнюк. — М., 1998.

Нюнберг Г. Принципы психоанализа и их применение к лечению неврозов. — М.; СПб., 1999.

Овчаренко В. И. Психоаналитический глоссарий. — Минск, 1994.

Осборн Р. Знакомьтесь: Фрейд. — Киев, 1997.

Психоанализ в развитии: Сборник переводов / Сост. А. П. Поршенко, И. Ю. Романов. — Екатеринбург, 1998.

Психоанализ детской сексуальности / З. Фрейд, К. Абрахам, К. Юнг и др. — СПб., 1997.

Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. — СПб., 1998.

Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа. — СПб., 1995.

Рикер П. Образ и язык в психоанализе // Московский психотерапевтический журнал. — 1996. — № 4. — С. 5-22.

Риман Ф. Основные формы страха. — М., 1998.

Сандлер Дж., Дэр К., Холдер А. Пациент и психоаналитик: Основы психоаналитического процесса / Пер. В. В. Зелинского и М. М. Скородумовой. — М., 1995.

Сартр Ж.-П. Фрейд: Киносценарий. — М., 1992.

Скинер Р., Клииз Д. Семья и как в ней уцелеть. — М., 1995.

Стюарт Р. Психоанализ и психоаналитическая психотерапия / Пер. Д. В. Полтавца. — Харьков, 1999.

Тайсон Р., Тайсон Ф. Психоаналитические теории развития. — Екатеринбург, 1998.

Томэ X. Что изменилось в моем понимании психоаналитического процесса за последние 30 лет? // Психологический журнал. — Том 13. — № 4. — 1992. — С. 111-122.

Томэ X., Кэхеле X. Современный психоанализ. Т. 1: Теория. — М., 1996; Т. 2: Практика. — М., 1996.

Урсано Р., Зонненберг С., Лазар С. Психодинамическая терапия: Краткое руководство / Пер. Л. Г. Герцика. — М., 1992.

Фейдимен Д., Фрейгер Р. Личность и личностный рост. Вып. 1. — М., 1991.

Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. — М., 1991.

Фрейд З. Методика и техника психоанализа / Пер. М. В. Вульфа под ред. проф. И. Д. Ермакова. — М., 1923.

Фрейд З. О клиническом психоанализе: Избранные сочинения. — М., 1991.

Фрейд З. О психоанализе // Психология бессознательного. — М., 1989.

Фрейд З. Психоаналитические этюды. — Минск, 1991.

Фрейд З. Психология бессознательного: Сборник произведений. — М., 1990.

Фрейд З. Толкование сновидений. — Киев, 1991.

Фрейд З. «Я» и «Оно»: Труды разных лет: В 2 т. — Тбилиси, 1991.

Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы. — М., 1993.

Фрейд А. Теория и практика детского психоанализа. — М., 1999.

Фрейд А., Фрейд З. Детская сексуальность и психоанализ детских неврозов: Сборник работ / Сост. и ред. М. М. Решетников. — СПб., 1997.

Фромм Э. Миссия Зигмунда Фрейда: Анализ его личности и влияния. — М., 1996.

Шапиро Д. «Невротические стили». — М., 2000.

Шерток Л., де Соссюр Р. Рождение психоаналитика: От Месмера до Фрейда. — М., 1991.

Эткинд А. Эрос невозможного: История психоанализа в России. — СПб., 1993.

Якобс Д., Дэвис П., Мейер Д. Супервизорство: Техника и методы корректирующего консультирования. — СПб., 1997.

Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / Пер. Т. С. Драбкиной. — М., 1999.

Глава 2. Групп-аналитическая психотерапия.

Распространение и развитие психодинамических идей в начале XX в. привели к попыткам применения принципов психоанализа к анализу социальных процессов и описанию поведения индивида в группах. Обращение к группам не было случайным. В 1920-х гг. выходят фундаментальные работы французского и английского социальных психологов Гюстава Лебона и Уильяма Мак-Дугалла, посвященные феномену **«группового сознания».**

Лебон считал, что, когда люди объединяются в то, что он называл *foule* **(толпы),** их поведение начинает характеризоваться регрессивными и инстинктивными чертами. Он связывал это явление с воздействием трех факторов: 1) ощущением силы и непобедимости, которое возникает в группе; 2) гипнотическим эффектом «заражения» — появления одинаковых мыслей и чувств, вызываемым воздействием группы на ее членов; 3) ослаблением воли и повышением внушаемости, приводящим к мгновенному преобразованию внушенных идей в поведение.

Мак-Дугалл, в целом подтверждая выводы Лебона, тем не менее писал о положительном потенциале групп, который зависит от степени их организации. Прежде всего он понимал под этим наличие общих целей и задач.

Эти идеи были использованы основателем психоанализа при его размышлениях о психодинамических основах социальных феноменов, что в известной мере предопределило смещение акцепта психоаналитических исследований с внутрипсихических детерминант на межличностные.[22] Так, в «Массо-

[22] Отметим, что наблюдения З. Фрейда в основном касались больших социальных групп, таких как армия или нация. Только в 1963 г. Ф. Редл связал идеи, высказанные в его работах, с психодинамической теорией групповой психотерапии. Между тем Дж. Рутан и У. Стоун отмечают, что знаменитые психоаналитические встречи по средам, которые проходили с участием многих известных пионеров психоанализа и которые чаще всего возглавлял З. Фрейд, были «наиболее близки к реальной групповой психотерапии». Наряду с теоретическими дискуссиями и обсуждением практических случаев в них возник прецедент использования психоанализа в психотерапевтических целях, так как один из их основателей и активных участников, В. Штекель, в то же время был пациентом Фрейда. Любопытно, что, как следует из протоколов Венского психоаналитического общества, встречи приобрели «слишком эмоциональный характер» и прекратились в период бурного конфликта между Фрейдом и А. Адлером.

вой психологии и анализе человеческого Я» З. Фрейд писал: «В психической жизни человека всегда присутствует "другой". Он, как правило, является образцом, объектом, помощником или противником, и поэтому психология личности с самого начала является одновременно также и психологией социальной в этом расширенном, но вполне обоснованном смысле» (Фрейд, 1991, с. 71).

Первоначально Фрейд подчеркивал, что группа отличается от простого собрания людей наличием цели и руководства и что люди объединяются в группы на основе создания общего Я-идеала, воплощенного в лидере группы. Этот процесс приводит к взаимной идентификации и интроекции людей в группах, т. е. к формированию «**либидинозной конституции массы**».

Взаимная идентификация приводит к процессам **регрессии** и **дедифференциации**, в соответствии с которыми члены группы перестают обладать индивидуальностью, но стремятся к достижению общих целей. Это помогает объяснить тот факт, что включение в группу амбивалентно, т. е. может одновременно вызывать как чувство радости, так и чувство страха.

Кроме того, Фрейд сравнивал отношения членов группы к лидеру с любовными отношениями, когда объект любви рассматривается как идеал и наивысшая ценность. «При влюбленности большая часть нарциссического либидо перетекает на объект. В некоторых формах любовного выбора очевиден даже факт, что объект служит заменой никогда не достигнутого собственного "Идеала Я". Его любят за совершенства, которых хотелось достигнуть в собственном "Я" и которые этим окольным путем хотят приобрести для удовлетворения собственного нарциссизма» (Фрейд, 1991, с. 109).

Наиболее ярким примером служат церковь и армия. «Нет никакого сомнения, что связь каждого члена церкви с Христом является одновременно и причиной связи между членами массы. Подобное относится и к войску; полководец — отец, одинаково любящий всех своих солдат, и поэтому они сотоварищи. В смысле структуры войско отличается от церкви тем, что состоит из ступенчатого построения масс... Правда, и церковь выработала подобную иерархию, но она не играет в ней той же экономической роли, так как за Христом можно признать больше осведомленности и озабоченности об отдельном человеке, чем за полководцем-человеком» (Фрейд, 1991, с. 93-94).

Впоследствии, в работе «Неудовлетворенность культурой», Фрейд стал говорить о том, что не менее важен и **«агрессивный компонент человеческих влечений»**, борьбе с которым во многом подчинено как объединение людей в группы, так и развитие человеческой культуры в целом. Соответственно образование групп, по Фрейду, преследует две цели: 1) идеализацию и концентрацию либидо и 2) противостояние и овладение деструктивностью.

Идеи основателя психоанализа о фундаментальном значении межличностного подхода развил и углубил один из представителей американской психодинамической школы «неофрейдистов» **Гарри Салливан**, в середине XX в. создавший интерперсональную теорию личности и межличностную теорию

психиатрии. Мы коснемся лишь некоторых положений этих теорий, так как сформулированные в них понятия, как замечает И. Ялом, до сих пор «чрезвычайно полезны для понимания психотерапевтического процесса в группе» (Ялом, с. 40).

Гарри Стэк Салливан родился на ферме близ Нью-Йорка в 1892 г. В 1917 г. он окончил Чикагский колледж медицины и хирургии, где получил степень доктора медицины. Во время Первой мировой войны Салливан некоторое время служил в вооруженных силах, после чего работал как врач в Федеральном совете профессионального образования, затем в Службе народного здоровья. Еще в период обучения в колледже, заинтересовавшись психоаналитическими идеями, он прошел курс терапии (75 часов), продолжив его в 1923 г. дидактическим психоанализом у Клары Томпсон (ученицы Ш. Ференци), с которой в дальнейшем сотрудничал около 25 лет.

В 1922 г., начав психиатрическую практику в госпитале св. Елизаветы в Вашингтоне, Салливан познакомился с идеями и деятельностью лидера американской школы нейропсихиатрии Уильяма Алансона Уайта. Впоследствии Салливан занимался групповым лечением шизофрении, а затем создал центр по исследованию и лечению обсессивных процессов. Салливан заслужил славу основателя Вашингтонской психиатрической школы, а в 1936 г. стал ее официальным главой. В 1929 г. он содействовал организации Вашингтонско-Балтиморского психоаналитического общества, хотя уже в этот период наметилась тенденция к конфронтации с основными психоаналитическими идеями. В 1938 г. он стал соиздателем, а впоследствии и издателем журнала «Психиатрия», на страницах которого нашла свое отражение его теория межличностных отношений. В 1948 г. Салливан принял участие в проекте ЮНЕСКО «Напряженность», организованном ООН для изучения влияния психологической напряженности на международные отношения и взаимопонимание. Скончался Салливан в 1949 г.

При жизни Салливан опубликовал только одну книгу — «Концепции современной психиатрии» (1947). Через 4 года после смерти ученики и коллеги опубликовали его рукописи и заметки в книге «Межличностная теория психиатрии» (1953). В дальнейшем были изданы «Психиатрические беседы» (1954), «Клинические исследования в психиатрии» (1956), «Шизофрения как человеческий процесс» (1962) и «Психопатология личности» (1972).

Салливан полагал, что личность — это гипотетическая сущность, «иллюзия», почти целиком являющаяся продуктом взаимодействия человека с другими людьми.[23] Поэтому потребность в межличностных связях — такая же базовая потребность, как и все биологические потребности (особенно учиты-

[23] «Психиатрия предполагает изучение феноменов, возникающих в межличностных ситуациях, в конфигурациях, образованных двумя или более людьми, из которых все — кроме одного — могут быть в большей или меньшей степени иллюзорны» (Холл, Линдсей, с,. 141).

вая то, что у человека, по сравнению с другими млекопитающими, период младенчества наиболее длителен).[24]

Согласно интерперсональной теории развития личности Салливана, ребенок для избежания тревоги (актуальной или потенциальной) и удовлетворения потребности в безопасности вынужден развивать и усиливать те черты характера, способы поведения, навыки и механизмы защиты, которые одобряются окружающими и, наоборот, подавлять или отрицать те, которые связаны с неодобрением. Эти меры безопасности формируют **«Я-систему»,** санкционирующую одни формы поведения («Я — хороший») и запрещающую другие («Я — плохой»). «Можно сказать, что "Я" состоит из отраженных оценок. Если эти оценки носят главным образом умоляющий или унизительный характер... если динамика "Я" сформирована опытом в основном унижающим, то она будет способствовать враждебной, пренебрежительной оценке со стороны окружающих и взращивать пренебрежительные и враждебные оценки самого себя» (Ялом, с. 40).

Из такой концепции «Я-системы» вытекает склонность к искаженному восприятию других людей — их **персонификации.** Под персонификацией Салливан понимал комплекс чувств, мыслей, отношений и представлений, возникающих на основании опыта, связанного с удовлетворением потребностей или тревогой. Так, любой опыт межличностных отношений, связанный с удовлетворением потребностей и снижением тревоги, формирует благоприятную персонификацию. И наоборот, тревожная мать может персонифицироваться как плохая. Наложение нескольких персонификаций образует **комплексную персонификацию.** Персонификация проявлений «Я-системы» образует **самоперсонификацию.** Персонификации, разделяемые некоторым множеством людей, Салливан называл **стереотипами.**

Персонификации, возникшие в совершенно определенной ситуации межличностного взаимодействия, в дальнейшем склонны закрепляться и влиять на человеческие взаимоотношения.

Салливан выделял три типа переживаний — прототаксические, паратаксические и синтаксические. **Прототаксический** опыт он рассматривал как «дискретный ряд кратковременных состояний сензитивного организма» (Холл, Линдсей, с. 144). Это некоторый опыт потока сознания, неоформленных ощущений, чувств, образов, не имеющих практически никакой связи между собой и смысла для переживающего их человека. Такой способ переживания, с точки зрения Салливана, свойствен младенцу в первые месяцы жизни и является базисом для формирования двух последующих. **Паратаксический** опыт связан с нахождением причинных связей между событиями,

[24] Вообще, согласно интерперсональной теории личности Салливана, человека характеризуют две ведущие потребности, одна из которых имеет биологическую природу (потребность в нежности, ласке), а вторая (потребность в безопасности) связана с межличностными отношениями. Психологический смысл первой потребности — ослабление силы физиологических потребностей. Этот уровень функционирования присущ и животным. Вторая ведущая потребность характерна только для человека и направлена на снижение тревоги и неуверенности. Удовлетворение второй потребности ложными способами приводит к психическим заболеваниям, которых, по мнению Салливана, у животных нет.

которые возникают одновременно, но при этом никак больше не связаны между собой. **Синтаксический** опыт основывается на признанных формах символической деятельности, особенно вербальной. Синтаксический опыт устанавливает логический порядок между переживаниями и дает людям возможность общаться друг с другом.

Говоря о трансферентных реакциях, возникающих в психотерапии, Салливан называл их **паратаксическим искажением**.[25] В этом феномене он особенно подчеркивал два момента: 1) человек общается с другим человеком, руководствуясь не реально существующими свойствами, а образом, сформированным собственной фантазией; 2) паратаксические искажения имеют тенденцию к самозакреплению за счет механизма «самоисполняющегося пророчества». Модификация паратаксических искажений возможна только через согласованную оценку межличностных оценок индивида с такими же оценками окружающих.

Соответственно психотерапия в любой ее форме, по мнению Салливана, должна быть направлена на коррекцию межличностных взаимоотношений. «Человек достигает душевного здоровья в той степени, в какой он осознает свои межличностные взаимоотношения. Психиатрическое лечение заключается в "расширении Я" пациента до такой степени, что он, каким он известен себе, и он, определенным образом ведущий себя по отношению к окружающим, становится в значительной степени одной и той же личностью» (Ялом, с. 41).

Кроме этого, в 20-40-х гг. XX в. интенсифицировались исследования и практические разработки в области групповой психотерапии, базирующиеся на самых разнообразных подходах (психодрама Я. Л. Морено, «теория поля» К. Левина и др.).[26]

Все это привело к появлению собственно психоаналитических теорий групп. Ряд психоаналитиков, беря за основу идеи **внутрипсихического подхода,** попытались проводить **«группы психоаналитической психотерапии»** или **«психоанализ в группе»,** в той или иной форме адаптируя метод психоанализа к групповым условиям. Они не ставили своими задачами психотера-

---

[25] Однако подчеркнем, что, в отличие от трансфера, паратаксические искажения охватывают всю область межличностных отношений, а не только взаимоотношения «психотерапевт—пациент». Кроме того, паратаксическое искажение возникает не только из простого переноса, но из искажения межличностной реальности в ответ на внутриличностные потребности.

[26] Если быть точным, то за точку возникновения групповой психотерапии большинство исследователей берут 1905 г., когда специалист по внутренним болезням из Массачусетского госпиталя в Бостоне Джозеф Пратт создал группу из 15 больных туберкулезом. Обсуждение эмоциональных проблем, возникающих в связи с этим инфекционным заболеванием, проходило преимущественно в лекционной форме. В 1921 г. Эдвард Лаззель, опираясь на опыт Дж. Пратта, попытался лечить больных шизофренией посредством докладов и рекомендаций. К. Мерш, начав с преподавания в общих комнатах, закончил применением громкоговорителей для обращения сразу ко всем больным, находящимся в лечебном учреждении. Вслед за этим последовало множество других примеров применения для группового лечения «техники докладов». Метод Е. Сноудена заключался в восьми докладах, каждый из которых читался раз в неделю, длился всего двадцать минут и был посвящен объяснению причин различных психических расстройств. В дополнение к лекции в обязанности пациентов входила рефлексия услышанного материала на свои личные проблемы, чему способствовала групповая дискуссия. Во время этой дискуссии терапевт умудрялся поговорить с каждым пациентом наедине в течение нескольких минут, объясняя, как тема доклада связана с проблемами данного пациента.

пию группы или использование групповых психотерапевтических процессов; их целью была терапия отдельного человека в группе путем психоанализа.

Основная идея **Триганта Бэрроу** заключалась в том, что индивида нельзя рассматривать изолированно от системы его межличностных связей, поэтому индивидуальная психодинамическая терапия, наряду со множеством позитивных моментов, может оказывать и негативное влияние. Так, за счет своей изолированности от окружающего мира она может приводить к тому, что отношения пациента с близкими, знакомыми, коллегами и вообще людьми могут искажаться или разрушаться. Групповая психоаналитическая терапия — «это обширная схема анализа с тем преимуществом, что, несмотря на то что материал нашей общественной и коллективной жизни влечений остается таким же, как и был прежде, в лечебной группе начинают систематично анализироваться как межличностные, так и персональные замещающие образования и вытеснения, которые воплощаются внутри смешанных коллективов или псевдогрупп в качестве заместителя общего социального организма». /7/

Бэрроу считал, что главная ценность группового метода заключается в том, что он позволяет понизить сопротивление пациента по отношению к лечебному процессу. Когда пациент начинает понимать, что его проблема не столь уникальна, его потребность утаивания и изоляции значительно уменьшается, что, в свою очередь, ослабляет сопротивление. При этом Бэрроу подчеркивал, что «групповые методы психоанализа не представляют собой ничего иного, чего бы мы не встретили при применении индивидуального психоанализа в смысле Фрейда, различие касается только отказа углубляться в онтогенетическую область, вместо этого мы обращаемся к филогенетической». /7/

Льюис Уэндер начал применять психоаналитически ориентированные групповые формы работы в рамках психиатрической клиники для психотерапии пациентов с неглубокой психической патологией. Он пробовал соединять различные типы групповых и индивидуальных бесед и пришел к заключению, что в индивидуальной терапии пациенты начинают говорить свободнее и продуцируют более конфликтный материал, если они одновременно участвуют в терапевтической группе. Свои групповые сессии он обычно открывал докладами на такие темы, как теория влечений, учение о бессознательном, толкование сновидений и т. п. Прогресс групповой работы определялся по критериям спонтанности поведения пациентов и их способности связывать свои личные проблемы с представленным в начале сеанса теоретическим материалом.

Опираясь на свои психоаналитические эксперименты в группах, **Пауль Шильдер** описал то, как представления пациентов о самих себе или своем физическом Я («Я-тела») превращаются в своего рода когнитивную надстройку, которая мало изменяется под воздействием внешней реальности. Группа позволяет пациенту столкнуться с проблемой, т. е. понять, каким образом он пришел к своему жестко определенному способу мышления и почему последний оказывает столь сильное влияние на его поступки. Кроме того, Шильдер обнаружил, что идеи и представления любого пациента нераз-

рывно связаны с его социальным бытием, а потому обсуждение фантазии не имеет смысла вне группы. Когда конкретный ход мышления одного из участников группы становится понятным и обсуждается в группе, внимание закономерно переходит от интеллектуального содержания к жизненному опыту. За счет этого проблема выходит из индивидуальных рамок, ослабляя у пациента чувство изоляции. В то же время «идентификация» других участников группы с проблемой пациента дает возможность найти новые подходы к ее разрешению. В связи с этим главной предпосылкой такой психотерапии была **интеллектуальная искренность терапевта** — его готовность активно участвовать в дискуссии, в нужный момент открывая свой внутренний мир.

Групповая терапия активностью С. Славсона возникла из групповой психодинамической работы с детьми, имевшими патологию характера. Славсон заметил, что во время терапевтических сессий, в которых поощрялась практически любая физическая активность, у участников групп стали образовываться положительные связи с другими членами группы, с терапевтом и, наконец, даже с людьми вне терапевтической группы. Часть такого успеха Славсон объяснял свободной атмосферой, в которой дети могли отреагировать чувства враждебного и агрессивного характера, не боясь каких-либо наказаний. Чуть позже он применил свой метод и на более взрослом контингенте.

В соответствии с концепцией Славсона любая психотерапия не обходится без следующих основных элементов: 1) переноса, 2) катарсиса, 3) осознания, 4) проверки на реальность и 5) сублимации. Проверка на реальность и сублимация являются теми элементами, которые слабо представлены в индивидуальной психотерапии, в то время как в групповой психотерапии они всегда находятся в распоряжении участников. Множественность и разнообразие форм отношений приводят в групповой ситуации к взаимной поддержке, снижению уровня агрессии и уменьшению чувства вины.

Кроме того, Славсон отмечал, что, в зависимости от ситуации, перепое протекает в группе циклами, которые определяются взаимодействием между процессами идентификации и соперничества, способными усиливать как негативные, так и позитивные чувства. Соперничество наступает в тех случаях, когда пациенты пытаются поправиться терапевту, получить его признание и одобрение. Идентификация связана с латентными чувствами враждебности и агрессии по отношению к родительским фигурам; такие чувства никогда не бывают глубоко скрытыми и легко проявляются. Идентификационные связи, возникающие между пациентами, призваны защищать участников группы от чувства вины и создавать коллективную защиту от наказания. Поэтому даже в негативных фазах цикла переноса хорошо заметна сплоченность группы.

Славсон также считал, что психотерапевт, насколько это возможно, должен знать психодинамику и патологические отклонения каждого члена группы, чтобы иметь возможность адекватно устанавливать рамки и глубину психотерапии. Вместе с тем знание основной проблемы пациента, рассматриваемое через контекст латентного содержания и общей направленности

групповой дискуссии, дает возможность использовать проработку переноса и поддержку таким образом, чтобы пациенты преодолевали свои страхи по поводу отличия от других членов группы.

Александр Вольф и **Эммануэль Шварц** считали, что в группе создаются благоприятные условия для переживания регрессивных состояний. Это предоставляет широкие возможности для анализа двух основных психодинамических феноменов — переноса и сопротивления. Такой анализ, по мысли авторов, должен обязательно включать: 1) либидинальные фиксации; 2) объектные отношения; 3) уровень когнитивного развития.

Либидинальные переживания в группах чаще всего связаны с оральными и анальными фиксациями. Преэдипальные чувства, а также эмоции, связанные с объектными отношениями, проявляются в страхе утраты собственного «Я» и психологических механизмах защиты по типу проективной идентификации, проекции и отрицания. Когнитивные процессы проявляются в первичных (образных)[27] и вторичных (вербально-символических) формах.

Многообразие и количество возникающих на разных этапах межличностных связей между участниками группы создает уникальные возможности для более яркого и объемного проявления как вертикальных (т. е. связанных с родительско-детскими отношениями), так и горизонтальных (т. е. связанных с отношениями между детьми) переносов. Динамика трансферентных процессов обычно носит следующий характер: от горизонтальных переносов к вертикальным.

Анализ индивидуальных особенностей развития, проявляющихся в особенностях регрессивных переживаний, позволяет находить скрытые мотивы, лежащие в основе стиля общения, свойственного каждому из участников. Для этого в процессе работы психотерапевт старается не допускать, чтобы один из членов группы постоянно оказывался в центре внимания. Признаком необходимости перевода фокуса внимания группы на другого участника является необходимость интерпретации переноса или защиты для конкретного участника группы в тот или иной момент. Отметим, что при этом терапевта прежде всего должна интересовать реакция участника группы на производимую интерпретацию его материала, а не реакция группы в целом. Как замечают Вольф и Шварц, если он не станет этого делать, его аналитическая работа будет неэффективной.

Характерно, что групповой аналитик должен интересоваться не столько тем, чтобы объединить усилия членов группы, сколько тем, чтобы укрепить их Эго. Фокус его интереса должен включать в себя не общегрупповые переживания и иррациональные проекции, а актуальные мысли, чувства, представления и поведение членов группы. Поэтому авторы подчеркивали, что на основании опыта, полученного при работе в группе, пациенты должны

[27] Однако такие патологические проявления первичных когнитивных процессов, как утрата ориентировки во времени, пространстве, собственной личности и окружающих людях, наличие продукции в виде бреда и галлюцинаций, характеризующие психотические расстройства, в группе встречаются крайне редко.

учиться самостоятельно интерпретировать содержание своих отношений с другими людьми, тем самым выступая в роли собственных психотерапевтов. Вольф даже экспериментировал с так называемыми **«альтернативными сеансами»** — психотерапевтическими сессиями без фасилитатора, на которых участники могли позволить себе большую степень самораскрытия, а группа — взять на себя некоторые функции психотерапевта.

Таким образом, все эти пионеры в области групповой психоаналитической психотерапии по-разному использовали то обстоятельство, что групповая ситуация стимулирует проявление одних бессознательных процессов и тормозит другие. В связи с этим многие из них рекомендовали сочетание групповой и индивидуальной психоаналитической терапии. Впоследствии все большее внимание исследователей привлекали специфические терапевтические факторы группового процесса, такие как групповая поддержка, взаимные идентификации участников группы, проверка реальности в группе и т. д.

Один из последователей М. Кляйн, **Уилфред Байон,** применил теорию объектных отношений для непосредственного изучения групповых процессов, создав **модель «группы как целого»,** известную также под названием **Тавистокской модели.**

Байон начал работать с группами, будучи во время Второй мировой войны, директором реабилитационного центра психиатрического госпиталя перед которым ставилась задача в кратчайшие сроки возвращать военнослужащих в строй. Решив рассматривать реабилитацию как групповую проблему, он организовал специализированное отделение, в котором на протяжении шести недель реализовывал определенную реабилитационную программу. В нее входила, помимо ежедневного часа физических упражнений, работа в группах «по интересам» (обучение ремеслам, занятия творчеством и т. п.). Кроме того, ежедневно проводились совместные встречи пациентов, сотрудников и управленцев, где обсуждались реабилитационные программы, связанные с ними проблемы и пути их решения.

Позже, в Тавистокской клинике Лондона, Байон стал работать с малыми группами пациентов (в которые входили и несколько его коллег, интересовавшихся групповой психотерапией).[28] Основной вывод, который он сделал на основе этих опытов, — «при лечении одного пациента невроз проявляется как проблема отдельного лица. При лечении группы он должен быть выявлен как проблема группы» (ван Вик).

Прежде всего Байон предположил существование некоего **группового мышления** — коллективной психической активности, которая объединяет группу в единое целое, даже несмотря на то что ее члены могут этого не предполагать и не осознавать. Групповое мышление является своеобразным контейнером, содержание которого формируется единодушным мнением, во-

[28] Хотя работа с этими группами продолжалась недолго, его публикации, посвященные анализу данной работы, приобрели настолько широкую популярность, что фамилия «Байон» превратилась в своеобразное нарицательное имя для обозначения психодинамического подхода в групповой психотерапии.

левым решением или желанием группы в каждый конкретный момент. Сами члены группы свой вклад в такое формирование вносят преимущественно анонимно и неосознанно. В связи с этим групповое мышление может находиться в конфликте с желаниями и мнениями отдельных индивидов и может вызывать у них самые разнообразные чувства (неловкости, гнева, страха и др.).

Взаимодействие между групповым мышлением и желаниями отдельных индивидов приводит к формированию **групповой культуры**, которая включает в себя: 1) **структуру**, приобретенную группой на данный момент, 2) **задачи**, которые она предполагает решать, и 3) **организацию**, которую она принимает для этой цели. По типу организации и способу решения поставленных задач Байон подразделял группы на «рабочие группы» и «группы базового допущения».[29]

Под **рабочей группой** (*W*) понималась такая группа, которая ориентирована на восприятие реальности, способна вести диалог, терпеть фрустрации и решать проблемы, стоящие перед группой в целом и каждым участником в отдельности. Однако рабочая группа постоянно испытывает негативное влияние со стороны «иных психических феноменов».

Группа базового допущения прежде всего направлена на защиту от примитивных эмоциональных переживаний, имеющих по сути психотическую природу. Так, в определенные моменты развития группы ее участники могут пережить чувства преследования, тотального контроля, диссоциации и многие другие феномены, свойственные примитивным защитным механизмам.[30]

Байон описал три типа повторяющихся эмоциональных состояний, пронизывающих все взаимодействия в группе: 1) агрессивность, враждебность и страх; 2) оптимизм и полное надежд ожидание; 3) беспомощность или благоговение. На основе этого он выдвинул постулат, согласно которому в каждом из описанных эмоциональных состояний группа действовала так, как будто ее участников объединяло некоторое общее убеждение, в которое уходили корнями и их аффекты. Эти специфические формы группового функционирования получили название **«базовые допущения»** *(basic assumptions).*[31]

При базовом допущении **зависимости** *(baD — basic assumptions of dependence)* группа ведет себя таким образом, будто участники собрались, чтобы положиться на внешний объект, который способен удовлетворить все их желания и потребности, и прежде всего потребность в безопасности и поддержке (как будто они представляют собой «незрелый организм»). Иными слова-

---

[29] Что, по мнению И. Романова, приблизительно соответствует двум функциям группы, выделенным З. Фрейдом.

[30] О. Кернберг отмечает, что подобные регрессивные формы переживаний могут нарастать по мере увеличения группы.

[31] Эмоции, связанные с базовыми допущениями, могут быть описаны общими терминами тревоги, страха, любви, сексуальности, ненависти и т. п. Однако в зависимости от типа базового допущения их качественная характеристика существенно различается.

ми, речь идет о слепой вере в некое божество, чья доброта, сила и мудрость не подвергаются никакому сомнению.

Культура зависимой группы основана на том, что роль такого внешнего объекта приписывается психотерапевту (или демонстрирующему свои лидерские качества участнику). В группе возникает убеждение, что вся работа должна быть выполнена им. Группа может пассивно и некритично организовываться «подобно ученику рядом с профессором, от которого она ожидает инструкций или от которого она может их требовать. Она может функционировать также подобно группе последователей идеи или личности, положительные качества которых не подвергаются сомнению, или подобно группе детей, ожидающих, что их будут учить индивидуально и по очереди» (Гринберг, Сор, де Бьяченди).

Вследствие контртрансферентных реакций фасилитатор постоянно подвержен опасности подпасть под влияние этого базового допущения. Например, пристрастное отношение к определенным членам группы или фокусировка на индивидуальных интерпретациях в ущерб групповым интерпретациям могут подкреплять приписываемую ему роль.

Любое отрицание руководящей роли, попытка интерпретировать ситуацию или разделить ответственность за происходящее между всеми участниками расцениваются группой как фрустрация ее ожиданий, на что она может реагировать различными способами.

Байон приводит следующее описание такой группы. «На группе присутствовали три женщины и два мужчины. Раньше эта группа показывала признаки функций рабочей группы, активность которой была направлена на лечение расстройств ее участников. На этот раз можно было заметить, что они с отчаянием покинули прежнюю позицию и полностью надеялись на то, что я устраню у них все трудности, в то время как им самим можно будет ограничиться постановкой отдельных вопросов, на которые я должен буду отвечать. Одна из женщин принесла с собой шоколад и робко предложила кусочек от него своему соседу справа. Кто-то из мужчин ел бутерброд. Мужчина, любивший по-философски испытывать других и который на предыдущем сеансе сказал на группе, что он не верит в Бога и не принадлежит ни к какому вероисповеданию, сидел теперь молча, как он вообще довольно часто делал, пока одна из женщин не заметила с легкой иронией, что он умудрился до сих пор не задать ни одного вопроса. Тогда мужчина возразил: "А мне вообще не нужно ничего говорить, так как я знаю, что если я достаточно долго сюда похожу, то на все мои проблемы отыщутся ответы, причем самому мне для этого делать ничего не нужно".

На это я сказал, что, похоже, я превращаюсь в нечто схожее с каким-то групповым божеством; все вопросы обращены ко мне, в предположении, что я знаю на них все ответы и могу отвечать, не затрачивая никаких усилий; пища принадлежит к особому роду манипуляции со стороны группы, позволяющему группе наделить мой образ материальной субстанцией (содержанием), каковой группа желала бы сохранить; ответ философа хотя и позволяет

понять, что он не верит в действенность молитвы, но, по-видимому, находится в явном противоречии с его прежними высказываниями о том, что он не верит в Бога.

Когда я был готов дать мое истолкование, то я был не только убежден в его правильности, но у меня не было и тени сомнения в том, что я смогу убедить и других, в качестве доказательства предлагая им огромное количество материала. Но не успел я всё высказать в группе, как у меня появилось чувство, что я допускаю явный ляпсус. Со всех сторон на меня были направлены пустые взгляды; материал для доказательств исчез. Я посмотрел на мужчину, евшего свой бутерброд, он складывал бумагу, в которую был завернут бутерброд, затем положил ее в карман и со слегка вопрошающим взглядом посмотрел по сторонам вокруг себя. Одна из женщин пронизывающе взглянула на меня. Другая — сложила руки и пристально уставилась в пол. У меня стало возникать ощущение, что я совершил в обществе глубоко верующих людей какое-то богохульство. Второй мужчина обхватил руками подлокотники кресла и играл своими пальцами. "Шоколадная" женщина быстро проглотила последний кусочек от плитки шоколадки. Я продолжал интерпретировать дальше, что теперь я стал для них очень плохим человеком, так как сомневался в групповом божестве, что это вызвало в группе тревогу и чувства вины, так как группа оказалась не в состоянии дистанцироваться от греховности.» /8/

Продолжая придерживаться своего базового допущения, фрустрированная группа может начать искать человека (или идею), которые возьмут на себя роль внешнего объекта. Например, в этом качестве может выступить самый больной член группы, который возьмет на себя функции «страдающего» лидера. Или такой объект может обнаружиться в прошлом — в истории группы, создание и изучение которой выступает как самоцель.

В случаях крайней конфронтации группы с базовым допущением зависимости она может реагировать созданием новой организации, которая требует участия другой группы. Такая форма реагирования называется **отклоняющейся от нормы формой** и заключается в попытке оказать давление на некоторую внешнюю группу, с тем чтобы показать ей пример своего влияния на нее или своей подверженности ее влиянию.

При базовом допущении **борьбы-бегства** *(baF — basic assumptions of fight-flight)* группа ведет себя так, будто участники собрались, чтобы при встрече с враждебным внешним объектом либо бороться (т. е. разрушать его), либо бежать вслед за лидером.

Культура базового допущения борьбы-бегства по вполне попятным причинам находит своих лидеров среди личностей с параноидным типом характера. В психотерапевтической группе врагом может быть член группы, психотерапевт, а также какие-либо дефекты (например, физические или психические болезни). Соответственно основной целью организации группы может стать либо избегание любых проявлений «врага», либо смещение их на некоторую подгруппу, которая вследствие этого атакуется. При этом враждеб-

ность может принимать самые разные формы. Например, когда психотерапевт рассматривается как враг, группа будет игнорировать его интервенции или демонстрировать свое презрение словами или действиями (жалобы на излишнее напряжение и усталость в группе, пропуски сессий, досрочное прекращение курса психотерапии и т. п.). Или же группа начнет уходить в «пустые» и непродуктивные дискуссии. Отклоняющаяся от нормы форма этого типа культуры выражается в действиях, которые ставят целью завладеть личностью терапевта (или внешними группами) либо «стать собственностью внешних групп, их идей или мнений» (Гринберг, Сор, де Бьяченди).

При базовом допущении **тяготения к парности** *(baP — basic assumptions of pairing)* группа ведет себя так, как будто участники верят, что какими бы ни были настоящие проблемы и потребности группы, что-то в будущем или кто-то еще не рожденный разрешит их. В культуре базового допущения тяготения к парности руководство связывается с парой, которая обещает произвести на свет ребенка или некоторую идею, связанную с будущим. Такая пара может образовываться в диалоге между двумя членами группы (например, во время обсуждения интимных или сексуальных тем), развитие взаимоотношений которых стимулирует вся остальная группа. Но для спасения группы от чувств ненависти, разрушения или отчаяния надежда на мессию никогда не должна быть осуществлена.

Вот как Байон описывает группу с таким базовым допущением. «Впервые я обратил внимание на нее на одном из сеансов, в котором мужчина и женщина спорили друг с другом, явно забыв об остальной группе. Остальные члены группы то и дело обменивались взглядами, по которым было видно, что речь здесь шла о любовных отношениях; но совершенно серьезно к этому никто не относился, да и внешнее содержание разговора вряд ли существенно отличалось от других разговоров в группе. Но я обратил внимание на следующее: обычно отдельные члены группы довольно болезненно реагировали на любое отклонение от активности, рассматривавшейся как терапевтическая, что на этом этапе развития группы подразумевало, что кто-то выговаривался и получал "истолкование" от меня или другого участника группы. Но теперь противоестественным не казалось то, что эта пара одна отвлекла на себя внимание всех. Позднее стало ясно, что не имеет особого значения пол партнеров для общей предпосылки, в ходу здесь было образование пары. Эти сеансы имели своеобразный, переполненный надеждами, заинтриговывающий характер, этим они существенно отличались от обычных сеансов со скукой и фрустрацией.» /8/

Для группы этого типа отклоняющейся от нормы формой является **тенденция к расколу.** Раскол выполняет защитные функции и связан с возникновением и развитием повой идеи — «мессианской идеи» (в отличие от «мессианской надежды»). После раскола часть группы будет продолжать придерживаться мессианской надежды, в то время как другая часть будет находиться под воздействием двух противоборствующих сил — толерантности

к новой идее и стремления группы функционировать на уровне базового допущения.[32]

Базовые допущения могут меняться на протяжении одной сессии или оставаться теми же в течение многих месяцев, но они никогда не сосуществуют друг с другом. Кроме того, группа с любым типом базового допущения враждебно сопротивляется любым стимулам, направленным на рост или развитие.

Еще одной важной особенностью является то, что в группе базового допущения язык не развивается как способ мышления, но используется как форма действия. Как отмечают Л. Гринберг, Д. Сор и Э. Т. де Бьяченди, «можно сказать, что это язык, лишенный своего коммуникативного свойства — свойства, которое зависит от формирования и использования символов». Он больше напоминает язык психотика, чем язык невротика. Из-за этого базового допущения группа не включает понятие времени и поэтому не терпит фрустрации.

Участники группы, задействующие «базовые допущения», делают это автоматически (возможно, даже с элементами навязчивости). Поэтому такое поведение, в отличие от участия в рабочих группах, не предполагает ни определенного уровня психической зрелости, ни какого-либо специального эмоционального опыта, ни развития способности к кооперации. Чтобы отличить спонтанное участие в группе базового допущения от сознательного или бессознательного участия в рабочей группе, Байон вводит понятие **валентности** — инстинктивной способности участвовать в групповой деятельности в соответствии с базовыми допущениями.[33] Именно она в начале каждой групповой сессии из всего многообразия обсуждаемых тем выкристаллизовывает ту общую бессознательную фантазию, которая наилучшим образом подходит к бессознательным фантазиям многих участников. Немаловажно, что групповой психотерапевт также задействуется этим уровнем функционирования и сталкивается в группе с той же самой (или по крайней мере похожей) дилеммой, что и другие члены.

В отличие от группы с базовыми допущениями рабочая группа требует от своих членов способности к кооперации, определенной психической зрелости (т. е. наличия контакта с реальностью, определенной толерантности к фрустрациям, способности к рефлексии и т. и.) и контроля над эмоциями. Соответственно групповая культура и групповое мышление существенно отличаются от тех, которые существуют в группах базового допущения.

Задачи, которые ставит перед собой рабочая группа, предполагают использование более зрелых защитных механизмов и более рациональных методов

---

[32] Важно отметить, что отклоняющаяся от нормы форма возникает только тогда, когда группа сталкивается с идеей, способствующей развитию, что не имеет места в культуре рабочей группы, а также не нейтрализует культуру базового допущения. Развитие новой идеи угрожает основной структуре группы и несет с собой возможность возникновения ситуации, которую Байон назвал **катастрофическим изменением**, — подрыва структуры той среды, в которой вызрела новая идея.

[33] Байон определяет валентность как «спонтанную бессознательную функцию стадных качеств человеческой личности».

работы. Эти задачи (которые могут быть и достаточно болезненными) способствуют росту и созреванию группы и ее членов, поэтому лидером в такой группе должен являться человек, который наиболее эффективен в обеспечении такого роста (причем это не обязательно терапевт). Основной функцией рабочей группы является вербальный диалог, в котором она терпит фрустрацию и дает возможность развиваться новым идеям.

Байон описал **три специфических конфликта,** осложняющих функционирование рабочей группы. Во-первых, это конфликт между желанием участника обрести чувство полноты жизни путем полного погружения в группу и растворения в ней и желанием обрести чувство индивидуальной независимости через отрицание группы. Во-вторых, это конфликт между группой и участником, чьи желания зачастую идут вразрез с потребностями группы. В-третьих, это конфликт между рабочей группой и группой базового допущения.

В 1956 г., занимаясь изучением механизмов проективной идентификации, Байон расширил концепцию развития, созданную М. Кляйн, создав **теорию нормальной и патологической интеракции.** По его мнению, как группа, так и индивид в группе курсируют между параноидно-шизоидным и депрессивным полюсами.

Находясь на **параноидно-шизоидном полюсе,** группа использует примитивные механизмы психологической защиты (расщепление, проекцию, проективную идентификацию). В этом состоянии группа не способна к решению внутригрупповых конфликтов, ведущих к расколу и неконтролируемой агрессии и может объединиться только при наличии общего врага.

На **депрессивном полюсе** группа уже способна выдерживать амбивалентность отношений и использовать более зрелые механизмы психологической защиты (переживание чувства вины за свою агрессию, за реальный или воображаемый ущерб, нанесенный другому).

Опираясь на свою модель контейнирования (см. главу 1), Байон говорит об **альфа-функции группы,** посредством которой сырые смысловые данные (**бета-элементы**) преобразуются в **альфа-элементы** — «материал для фантазий и размышлений».[34] Аналогично этому групповой процесс рассматривается как процесс последовательных проективных идентификаций отдельных участников группы, которые могут поглощаться и преобразовываться всей группой и, таким образом, ре-интернализироваться.[35]

---

[34] Удачной метафорой этой функции может служит следующее высказывание Байона: «Мать, чувствуя любовь к своему ребенку и его отцу, в состоянии мечтательной отрешенности понимает, в чем нуждается ребенок» (цит. по: ван Вик).

[35] «Если младенец испытывает невыносимый страх, то он пытается справиться с ним с помощью проекции на мать. Реакция матери заключается в том, чтобы распознать этот страх и сделать все, что необходимо для смягчения страдания ребенка. Младенец переживает это так, как будто он спроецировал нечто невыносимое на свой объект, который все же оказался в состоянии сохранить это в себе и справиться с ним. Затем ребенок ре-интроецирует уже не свой первоначальный страх, а тот страх, который был модифицирован после контейнирования его матерью. Одновременно он интроецирует объект, который в состоянии сохранять страхи в себе и справляться с ними. Такое "контейнирование" страха внешним понимающим объектом является основой психической стабильности» (цит. по тому же).

По мнению Байона, основная задача психотерапии — создание таких условий, при которых члены группы могли бы осознать проблемы своих ранних отношений с авторитетными для них фигурами, а затем освободиться от них путем понимания своих базовых допущений.

В первой из групп, проведенных Байоном, принял участие **Генри Эзриел,** впоследствии создавший собственную психодинамическую концепцию групповой психотерапии, также связанную с объектными отношениями. В частности, Эзриел вводит положение о том, что вытеснение сложных переживаний и избегание конфронтации с неосознаваемыми фантазиями может быть возможно только благодаря установлению определенных отношений с объектами.[36]

Согласно его **троичной модели,** групповая работа предполагает возникновение **общего группового напряжения** *(common group tension).* В результате этого напряжения могут реализоваться три типа объектных отношений в группе. Естественно, что при этом каждый член группы привносит в каждый из типов отношений собственные особенности переживаний.

Тип **желанных отношений** *(required relationship)* характеризует наиболее социально допустимый и безопасный уровень функционирования группы. При таком типе отношений члены группы обычно обсуждают проблемы друг друга или чувства, связанные с грядущим перерывом между сессиями. Желанные отношения устанавливаются для того, чтобы не включиться в так называемый тип **избегаемых отношений** *(avoided relationship).* На этом уровне в силу «эгоистических соображений» проявляются отрицаемые инцестуальные желания и агрессия по отношению к фасилитатору, так или иначе фрустрирующему группу.

Наличие избегаемых отношений, в свою очередь, спасает от **губительных отношений** *(calamitous relationship),* которые представляют собой предельное проявление осознаваемых избегаемых отношений (реализация инцестуальных стремлений, проявление крайней агрессии и т. п.).

Нарастающее на латентном уровне групповое напряжение проявляется в отношениях между членами группы и к группе в целом. Это дополнительно способствует **«коммуникации в силу близости»,** связанной с тем, что пациенты могут ничего не говорить, но неосознанно идентифицируются друг с другом. Соответственно по мере развития этого процесса задача психотерапевта должна заключаться в интерпретации имеющегося «здесь и сейчас» напряжения и того, как каждый из участников группы способствует его усилению.

Так, например, если в процессе обсуждения члены группы говорят о недостаточной эмоциональной близости в группе, Эзриел указывает на то, что они слишком склонны к анализу и избегают проявлять свои чувства (желан-

---

[36] Подчеркнем, что эти объектные отношения и связанные с ними переносы (в отличие от классического невроза переноса) не имеют отношения к процессам психического развития, но в некоторых случаях могут отражать проблемы, возникавшие в ходе развития.

ные отношения), возможно, опасаясь при этом высказывать критику в адрес психотерапевта, который символизирует для них аналитическое начало (избегаемые отношения). Подобные опасения связаны с тем, что психотерапевт не захочет проявлять о них заботу.

По мнению Эзриела, успешные интерпретации позволяют участникам почувствовать себя свободнее и с большей эффективностью включиться в избегаемые отношения. Благодаря этому активнее проявляются связанные с прошлым ассоциации и воспоминания.[37]

Заметим, что он работал с группами не больше пяти человек, в общении с которыми в процессе работы ограничивался одними интерпретациями, а вне группы не общался вовсе. Все другие психотерапевтические интервенции рассматривались им как способствующие поддержанию желанных отношений, т. е. уменьшению тревожности и снижению эффективности работы в целом. Понятно, что такой подход способствовал тому, что психотерапевт всегда занимал в группе главенствующее положение, а переносы между членами группы рассматривались как вторичные по отношению к переносам на психотерапевта (хотя напряжение и конфликт в отношениях между членами группы считаются предпосылкой успешной работы). Подобные закрытость и противоречивость как нельзя лучше демонстрировали ограниченность прямого применения норм индивидуальной работы в групповой ситуации.

Но необходимо отметить, что понимание нормальных и патологических процессов в группах и возможностей группового применения тех или иных методов индивидуальной работы само по себе еще не позволяло выработать эффективные способы групповой коррекции или использовать указанные процессы в качестве терапевтических факторов. Например, сам Байон высказывал сомнения как в терапевтической эффективности предложенного им метода психоанализа группы, так и вообще в применимости психоаналитических процедур для групповой терапии.[38]

Решением этой парадоксальной ситуации стал предложенный **Зигмундом Генрихом Фулксом** метод **групп-анализа** — формы психотерапии, «осуще-

---

[37] В то же время Эзриел полагал, что избегание прошлого может выполнять защитную функцию, поскольку конфронтация с прошлыми конфликтами может обнаружить избегаемые отношения в настоящем.

[38] Тем не менее его основополагающие теоретические гипотезы постоянно оказывали влияние на психотерапевтическую работу с группами и концептуальное развитие групп-аналитической психотерапии. Так, аргентинские психоаналитики Леон Гринберг, Мария Лангер и Эмиль Родриге представили одну из всеохватывающих концепций психоаналитической терапии, в модифицированном виде развивающую байоновское видение группы как целого. Они считают, что важнейшим лечебным механизмом, развивающимся в группе, является **идентификация** в ее проективной и интроективной формах. «Выражаясь психоаналитически, можно сказать, что каждая личность создает себя из следующих одна за другой идентификаций, в которых сконцентрирована история ее многообразных объектных отношений. То, что действительно для индивидуума, действительно и для группы: во всех прогрессивных и регрессивных фазах осуществляется процесс идентификации» (цит. по: ван Вик). Задачей фасилитатора, как и при индивидуальном анализе, является интерпретация. «Лечебное действие исходит от терапевта, который, благодаря своей дистанцированности от происходящего в группе, в состоянии видеть подлинные конфликты, скрывающиеся за кажущимися, и делать их доступными для группы посредством интерпретаций» (цит. по тому же). Отметим, что сегодня групп-анализ, помимо групповой психотерапии, широко используется в социально-психологической реабилитации, индустриально-организационной психологии, педагогической коррекции и т. п.

ствляемой самой группой и направленной на группу, включая ведущего» (Рутан, Стоун, с. 39)[1].

Фулкс родился в 1898 г. в Карлсруэ. Он изучал психиатрию в Гейдельберге, Франкфурте-на-Майне, Мюнхене и Берлине у таких известных психиатров, как Э. Крепелин, Г. Бергманн, К. Клейст. Завершив свое медицинское образование, он два года проработал в Неврологическом институте во Франкфурте, которым руководил К. Гольдштейн. Его идеи о целостной реакции организма на травму у пациентов с поражением мозга, а также положения гештальт-психологии об отношениях фигуры и фона и изучения целостной ситуации, в которой находится человек (в частности, ситуации эксперимента и присутствия наблюдателя), оказали большое влияние на формирование собственной психотерапевтической концепции Фулкса.

Заинтересовавшись идеями психоанализа, Фулкс переехал в Вену. Любопытно, что его личным аналитиком была Хелен Дойч, а сам он активно принимал участие в семинарах, которые проводил В. Райх. Получив квалификацию психоаналитика, Фулкс вернулся во Франкфурт, где стал директором клиники Института психоанализа (помещавшегося, кстати, в одном здании с Институтом социальных исследований, вследствие чего психоаналитики довольно часто проводили совместные семинары с социологами). Он испытал влияние неомарксистских идей М. Хоркхаймера, Т. Адорно, Г. Маркузе и Н. Элиаса, а среди его сотрудников были будущие «неофрейдисты» Э. Фромм и Ф. Фромм-Райхманн. Позже Фулкс писал, что эти контакты помогли ему осознать равноценность ролей биологических и социокультурных факторов в человеческом сознании.

В 1933 г. Фулкс эмигрировал в Великобританию. Во время Второй мировой войны он работал главным психиатром Норфилдского военного госпиталя (располагавшегося в Бирмингеме), в котором впервые применил принципы психодинамического подхода для работы со всей организацией.

После войны Фулкс совмещал работу в госпитале с частной практикой. Он стал консультирующим психотерапевтом в известной больнице Модели в Лондоне, где организовал психотерапевтическое амбулаторное отделение, в котором сотрудничал в качестве супервизора как групповой, так и индивидуальной психотерапии. Он также преподавал в Лондонском институте психоанализа и основал Общество группового анализа. Свои идеи и взгляды Фулкс изложил в книгах «Терапевтический групповой анализ» (1964) и «Групповая аналитическая психотерапия: методы и принципы» (1975).

Генезис невроза.

Концепция Фулкса основывается на базисном положении об изначальной социальности человека: «Каждый человек в принципе и непосредственно определен миром, в котором он живет, а также его группой и сообществом, к которому он принадлежит» (цит. по: ван Вик). В качестве первоначальной группы выступает семья, затем, по мере развития, ребенок включается в дру-

гие, более крупные группы, которые своей сетью взаимоотношений опосредуют его развитие.[39] С этой точки зрения человеческая индивидуальность определяется сочетанием: 1) уникальных черт человека; 2) особенностей его раннего жизненного опыта и 3) системами социальных взаимосвязей, с которыми он сталкивается. Поэтому как нельзя противопоставлять человека и общество, так нельзя противопоставлять внутреннее и внешнее, тело и сознание, фантазию и реальность — любое такое разделение будет искусственным.

Соответственно все нервно-психические расстройства рассматриваются в групп-анализе как следствие нарушения межличностных коммуникаций. Фулкс пишет: «Психические нарушения уходят корнями в нарушения коммуникации индивидуума с другими, в его отчуждение от общества. Они являются осадками интернализованных конфликтов с родителями в раннем детстве и косвенно — с общественными табу. Такие нарушения, ведущие к психической болезни и расстройству межчеловеческих связей, в первую очередь касаются отношений к ближайшим лицам и в них втянута вся сетевая система интеракций» (цит. по: ван Вик).

Поскольку обычно на ранних этапах развития эти нарушения не выявляются, позже они перерастают в симптомы, имеющие «эгоцентрическую природу», т. е. стремящиеся разрушить группу (поскольку являются результатом несовместимости человека с его первичной группой). По мере включения в новые социальные группы эти симптомы провоцируют конфликты, способствующие еще большему увеличению отчуждения от себя и от общества.

Таким образом, любой симптом — это искаженное выражение конфликтов пациента, которые никогда не были четко сформулированы и поэтому недоступны для воспоминания или вербализации. На «языке» симптома человек пытается сообщить о своих жизненно важных потребностях и неосознанных конфликтах. Освобождение от симптомов возможно только в том случае, когда пациент научится выражать их в более доступной для понимания других форме, т. е. если либидо, вложенное в эти симптомы, будет преобразовано в нечто равнозначное и подлежащее обмену.

Групп-анализ является своеобразным методом «перевода» того, что маскируют невротические симптомы, на понятный группе «язык» человеческой коммуникации, т. е. восстановления нарушенной коммуникации.

Проблемы пациента всегда представляют собой лишь часть сложных проблем всей группы. Поскольку психологические нарушения возникают в процессе общения, они не могут быть отнесены к одному человеку в отдельности.

Иными словами, можно сказать, что в группе воспроизводятся две основные проблемы социальной жизни: отношения человека с другими людьми и с группой в целом. Некоторые групп-аналитики уподобляют эти проблемы проблемам ребенка, налаживающего отношения с окружающим миром, с ма-

[39] В качестве конечной группы может выступать все мировое сообщество.

терью, как человеком, так и символом, а позже приспосабливающегося к треугольной эдиповой ситуации и к существованию, присутствию, статусу и значению отца.

Теория психотерапии.

В отличие от предыдущих психодинамических моделей групповой психотерапии основная идея групп-анализа заключается в том, что участники группы формируют переносы не только на фасилитатора, но и друг на друга, и что как в отношении друг друга, так и в отношении психотерапевта они развивают специфические способы поведения. Из этого возникает особая сетевая система сознательных и бессознательных психических структур и коммуникативных отношений, в которых принимают участие все участники группы (в том числе и фасилитатор). Эта сетевая система получила наименование **групповой матрицы**.

З. Фулкс давал несколько разных определений матрицы. Одно из наиболее популярных звучит следующим образом: «Матрица — гипотетическая сеть коммуникативных связей и отношений в конкретной группе. В эту сеть включены все; она в конечном счете определяет смысл и значимость всех событий, в ней осуществляются все вербальные и невербальные контакты» (цит. по: Кеннард, Робертс, Уинтер, с. 143).[40]

Дж. Робертс полагает, что «групповую матрицу следует рассматривать как контекст, в котором можно достичь безопасной и исключительно глубокой регрессии, которая способна обеспечить значительное обновление формы и трансформацию основных компонентов личности» (Кеннард, Робертс, Уинтер, с. 144).

Для практических целей различают основную, индивидуальную и динамическую матрицы. **Основная матрица** — это область, в которой проводится психотерапевтическая работа. **Динамическая матрица** связана с актуальной психодинамикой группы. **Индивидуальную матрицу** формирует отдельный пациент, пытаясь восстановить свое прошлое в актуальной группе, причем таким образом, как если бы эта матрица существовала всегда.

Аналитическая группа воссоздает матрицу, в которой развивалась личность. Д. Кеннард, Дж. Робертс и Д. Уинтер выделяют **доброкачественные** и **злокачественные матрицы**, понимая под этим доминирующие на протяже-

---

[40] Дж. Робертс, рассматривая возможные значения понятия «матрица», писал: «По мнению психоаналитиков, особенно Нойманна (Neumann, 1954), сознание можно расценивать как результат творчества человека, тысячелетиями выступавший на поверхность медленно и мучительно из-под толщи коллективного бессознательного. Фаулкс полностью поддерживал такое определение и, исследуя групповой анализ, указывал, что именно терапевт должен "окунуть" сознание участника в группу, чтобы оно "побарахталось" в группе и вынырнуло — укрепленное и переоцененное. Таким образом, развитие сознания можно соотнести с теорией восприятия, а именно с концепцией фигуры и фона, в том смысле, что для самоопределения человеку необходимо фигурировать на каком-либо фоне. Групповая матрица может стать тем фоном, на котором личность (сознание) может обрести новый жизненный ресурс. Эта точка зрения полностью совпадает с другими определениями матрицы *(Oxford English Dictionary,* 1971): 1) Мать, в том числе беременная; 2) матка; 3) исходная субстанция; 4) форма изготовления чего-либо» (Кеннард, Робертс, Уинтер, с. 143-144).

нии длительного времени в ассоциативном поле метафоры или образы, которые могут стимулировать как контейнирирующие и трансформирующие, так и деструктивные процессы.

К **злокачественным матрицам** они относят следующее.

1. Паутина — метафора ужасного существа, сидящего в центре созданной им сети и пожирающего запутавшиеся в ней жертвы. Подобные образы могут возникать в случаях, когда психотерапевты начинают манипулировать (пусть даже в благих целях) участниками группы или допускают существование манипуляций в группе вообще.

2. Лабиринт — образ структуры, в центре которой можно, после ряда опасностей, найти сокровище, а можно и потеряться навеки или повстречать ужасное чудовище. Возникает в ситуациях, когда в группе активно используется такой механизм психологической защиты, как интеллектуализация.

3. Рыболовная сеть — образ, объясняющий тот факт, что при глубоком погружении в групповую работу участники могут столкнуться как с прекрасными, так и с опасными находками. Кроме того, метафора ячеек напоминает о том, что мелкая рыба (слабые переживания) может проскальзывать сквозь крупные ячейки, а крупная (аффективный взрыв, катартические переживания) — порвать сеть. Обычно этот образ появляется в групповом сознании в хронической ситуации неуверенности, небезопасности, дезинтеграции.

4. Птичья клетка — метафора каркаса, дающего опору и защиту, но ограничивающего свободу. Встречается в группах с очень жесткими границами и сеттингом.

5. Распадающаяся матрица («узел», «спутанный клубок», «разрыв», «транспортная пробка», «плотина», «агитация и пропаганда» и т. и.) — образ разлагающейся, искажающейся или деформированной структуры. Возникает в ситуации слабости сеттинга, небрежности и невнимательности как со стороны психотерапевта, так и других участников группы.

Фулкс также выделил и описал специфические факторы групп-аналитического процесса, способствующие углублению и обогащению коммуникации. **Социализация** является фактором, способствующим устранению чувства изоляции, вызванного проблемами или болезнью. Из практики групповой работы известно, что многие пациенты начинают психотерапию с убеждениями (аффирмациями), что только они имеют пугающие и требующие защиты проблемы, мысли, импульсы и фантазии. Это усугубляется тем, что из-за трудностей в общении они в большинстве случаев не имеют никакой возможности проверить эти предположения. Когда участники группы постепенно начинают делиться этим сокровенным материалом с другими людьми и обнаруживают его схожесть с внутренним миром других людей, они все больше погружаются в опыт открытых и искренних межличностных

отношений, развивая то, что можно назвать общим базовым доверием к миру.[41]

«Феномен зеркала» позволяет отдельным участникам видеть свои страхи, конфликты, желания и симптомы в других членах группы как в зеркале, иначе говоря, распознавать себя в других. Такое «зеркальное» переживание является мощным средством освобождения от чувств страха, стыда и вины. Посредством идентификации с другими членами группы и проекции своих переживаний оно сталкивает каждого участника с теми аспектами его социального, психического и телесного образа себя, которых он раньше избегал. Особо важным в этом факторе является то, что распознавание отвергаемого пациентом в других и обработка этого на примере многих участников группы эффективны даже тогда, когда пациент в основном только слушает.

«Феномен конденсатора» заключается в том, что чувства, мысли и ассоциации, выраженные одними участниками, в свою очередь также вызывают ассоциации, чувства и мысли у других. Такой спонтанный процесс активизации и накопления бессознательного материала в группе приводит к усилению совместной работы участников группы посредством задействования бессознательного материала в каждом отдельном пациенте.

Фактор «процесса обмена» состоит в обмене информацией и вариантами объяснений, что постоянно происходит в группе и составляет внешний контекст групповой дискуссии. Несмотря на то что подобный обмен разворачивается в когнитивной плоскости, зачастую он приводит к трансформации эмоциональной ситуации в группе. За счет принятия и толерантности по отношению к чувствам, мыслям, ассоциациям, фантазиям или поступкам участников группы их личностные структуры Эго и Суперэго модифицируются либо в сторону укрепления, либо, наоборот, в сторону большей гибкости.

Фактор «поляризации» дает возможность существования в группе противоположных составляющих. В зависимости от уровня функционирования, на котором находится группа, это может касаться эдипальных или преэдипальных механизмов защит, ассоциированных и диссоцированных содержаний и переживаний, автономности и зависимости, интегративных и аналитических тенденций, отношения к другим или к своему собственному телу и т. п.

Фактор «прогрессивной коммуникации» способствует тому, что через понимание собственной личности происходит «понимание других и понима-

---

[41] В этом отношении наиболее показательным является пролонгированный эксперимент «самая страшная тайна», проведенный И. Яломом с участниками Т-групп, не являвшимися пациентами. Их анонимно просили написать ту информацию, которой им меньше всего хотелось бы поделиться с группой. «Сходство секретов оказалось поразительным, при этом превалировала пара основных тем. Наиболее часто встречающаяся тайна — глубокое убеждение, что где-то в самой своей основе человек неадекватен, чувство, что чего-то главного в этой жизни он не понимает, что он лишь скользит по поверхности жизни, не живет, а умело блефует. Следующим по частоте является чувство межличностной отчужденности, — несмотря на видимость, человек на самом деле не любит других и не заботится о них, а может быть, и не способен любить другого. И третья по частоте категория секретов включает в себя различные вариации на сексуальные темы. Эти три главные проблемы непациентов качественно ничем не отличаются от жалоб лиц, обращающихся за профессиональной помощью» (Ялом, 2000, с. 26).

ние себя другими». За счет этого достигается значительное расширение и дифференциация внутрипсихических и социальных функций. Чем большего уровня достигает в группе понимание и основанное на нем взаимное доверие, тем чаще члены группы сообщают наиболее интимные сведения о своей жизни.

Фактор «поддержки» поддерживает равновесие между интегративными и аналитическими силами в группе. С его помощью участники группы оказывают друг другу поддержку на особо тяжелых стадиях функционирования группы и взаимопомощь при решениях индивидуальных конфликтов.

Фактор «сплоченности группы» проявляется в способности группы переносить индивидуальные различия и межличностные конфликты без страха распада за счет возникшего единения.

Расширяя терапевтическую функцию на всю группу, Фулкс подчеркивает значение интерпретаций каждого из членов группы. С его точки зрения, группа развивает специфическую для нее **культуру толкования,** в которой сообщения членов группы понимаются как ассоциации, реакции и ответы на предшествовавшее групповое событие.

Важнейшими терапевтическими факторами в групп-анализе выступают **личность и стиль работы фасилитатора группы.** Как пишет Фулкс, «его влияние, в особенности исходящее из бессознательных источников, нельзя недооценивать» (Дидерихс-Пешке, с. 44-56).

Фулкс называет ведущего «дирижером» *(conductor),* подразумевая под этой метафорой определенный стиль психотерапевтической работы. Дирижер «слышит» все звучащие в группе «мелодии», предоставляя возможность каждому участнику группы сыграть свою «партию» и обеспечивая такие условия, при которых участник группы может услышать себя сам, узнать, как его слышат другие, а также как окружающие реагируют на его «тему» и ее вариации.[42] Характерно, что Фулкс в качестве основной функции дирижера определяет обязанность быть не лидером, не моделью для подражания или ведущим, а *«первым слугой группы»* и одновременно, ее гидом — человеком, который указывает группе возможные последствия ее развития, но не останавливает ее на выбранном пути.

Выполнять функции гида дирижер может посредством: 1) выбора темы для дискуссии, 2) управления вниманием участников группы, 3) прояснения психодинамических процессов, происходящих в группе и плохо осознаваемых отдельными участниками, 4) интерпретации символического поведения участников группы. Все эти терапевтические интервенции дирижера, как замечает В. Дидерихс-Пешке, могут проводиться в двух плоскостях: *горизонтальной* (в большей степени относящейся к взаимодействиям в матрице, к

[42] Другой хорошей метафорой для понимания роли и функции психотерапевта в групп-аналитическом процессе могут служить слова Дж. ван дер Клея: «Мы — слова в одном предложении» (цит. по: Дидерихс-Пешке, с. 44-56).

которой принадлежит и сам дирижер) и *вертикальной* (к которой относятся бессознательные взаимосвязи событий в группе).

Очевидно, что основная задача дирижера — прояснение «невидимой» для группы информации, причем не только с точки зрения содержания («что именно было сказано?») и формы («как именно это было сказано?»), но и каузальных и телеологических связей (почему, в связи с чем именно сейчас и зачем это было сказано?»).[43]

Анализируя функции и позицию психотерапевта в группе, Фулкс выделил три следующих ключевых аспекта, которые постоянно должны быть в фокусе внимания дирижера.

1. «Каков он на самом деле». Фулкс считал, что гораздо важнее то, каков дирижер на самом деле, а не то, что он делает. Так, если дирижер достаточно уверен в себе, он не будет стремиться к тому, чтобы выглядеть безупречным или принимать бессознательные фантазии группы об отце или спасителе, обладающем магической властью. Однако его аутентичность должна быть адекватной разворачивающейся ситуации и границам его компетенции.

2. «Что он репрезентирует». Поскольку дирижер является объектом для переноса как со стороны отдельных участников группы, так и для всей группы в целом, он часто воплощает в себе Суперэго группы либо идеальное Я участников. Поэтому дирижер должен стремиться к тому, чтобы в любой ситуации олицетворять фундаментальный принцип аналитической ситуации (по выражению З. Фрейда, «любовь к истине»), а также демократические принципы, лежащие в основании групп-аналитической ситуации.

3. «Что он делает». Основная цель дирижера — постоянно внедрять и поддерживать аналитическую атмосферу в групповой культуре, а также слушать, понимать и принимать каждого из участников группы. Для достижения этой цели он может становиться активным лидером группы, иногда останавливаться только на уровне интерпретаций. На более поздних стадиях развития группы для продуктивной работы может быть достаточно одного его присутствия.

В коллективной монографии «Практика групп-анализа» (1991) приводятся следующие основные принципы поведения дирижера.

— Дирижер одновременно выполняет функции администратора, отзывчивого руководителя, гида и слуги группы. При этом он всегда предоставляет группе свободу выбора.

— Следуя за группой, дирижер всегда выслушивает ее членов, прежде чем давать интерпретацию или отвечать на вопрос. Он слушает их даже тогда, когда думает, что понимает, о чем идет речь, и знает правильный ответ.

[43] З. Фулкс рекомендует начинать именно с вопроса «Что содержится в подтексте сказанного или увиденного?», а уже потом задавать вопрос: «Почему это сказано сейчас и в данной форме?»

— Он подключается к интерпретации только в том случае, если в группе блокируются коммуникации. Он не должен иметь коммуникаций с группой для удовлетворения своих собственных потребностей или «комплексов».

— Его интерпретации должны быть как не слишком глубокими, так и не слишком поверхностными. Содержание интерпретаций должно ограничиваться в основном «голосами» символов, звучащими в группе, которые дирижер помогает услышать всем ее участникам. Все интерпретации должны учитывать, что группа — это целостное образование. Другими словами, любое явление дирижер рассматривает, анализирует или объясняет, основываясь на целостной ситуации, которая складывается в группе, учитывая историю ее возникновения и возможные перспективы развития.

— Дирижер все время отвечает для себя на вопросы — почему, зачем и как группа уходит от понимания истоков конфликтов? Может ли группа самостоятельно найти решение, и если нет, то почему? Иногда он может помогать группе в понимании и решении проблем, но ему запрещается использовать анализ или интерпретации как форму психологической защиты.

— В центре внимания дирижер всегда держит болезнь пациента или его психологическую проблему; одновременно он показывает пациенту, что все же является «отцом» или «матерью».

— Тема и текст для анализа берутся дирижером из групповых ассоциаций.

— Дирижер является определяющим фактором в формировании культуры и традиций группы. Он помогает ей справляться с разрушительными и саморазрушительными тенденциями и, в идеале, делает их ненужными. Для выполнения этих функций дирижер всегда должен находиться внутри динамической ситуации, возникающей в группе. От нее же он получает «разрешение» говорить или делать что-либо.

— Дирижер не должен выступать в функции экрана для властных фигур участников группы. Вопрос о том, как дирижеру реагировать на провокацию, вызов или регрессию со стороны тех или иных участников, всегда выносится на свободное обсуждение.

— Дирижер обучает участников группы тому, как надо выражать и принимать чувства окружающих. Кроме того, он обеспечивает в группе атмосферу «свободно протекающей дискуссии или свободной интеракции».

— В функционировании группы дирижер должен различать и использовать социальное и культурное. Социальное структурирует психическую энергию в соответствии с законами общества, а культурное придает ей смысл и значение. При этом групповая культура служит своеобразным эквивалентом индивидуального ума.

— Дирижеру необходимо следить, чтобы жизнь в группе не заменяла участникам реальной жизни. Это особенно важно для пациентов с выраженными склонностями к регрессии и инфантилизму, которые обычно более изолированы от общества и одновременно более фиксированы на семье.

Фулкс подчеркивал, что не существует единой роли или методики, делающих психотерапевта хорошим специалистом. Однако осознание терапевтом того, что он делает, является необходимым условием для профессионального становления в рамках любого психотерапевтического направления.

Соответственно основополагающие принципы групп-анализа заключаются в следующем.

— Целостная групповая ситуация служит основой для анализа всех межличностных взаимодействий в группе и для интерпретации всех событий, наблюдаемых в ней.

— Невротические симптомы, точнее их проявления, размещаются в групповой матрице, представляющей собой оптимальную на данный момент структуру взаимоотношений между участниками группы, включая дирижера.

— Основной закон **групп-аналитической динамики** гласит: в совокупности участники группы составляют норму, поэтому соответствующие норме реакции индивидов в группе усиливаются, а несоответствующие — изменяются. Исходя из этого, пациенты могут подкреплять нормальные и корректировать патологические реакции друг друга.

— Все, что происходит в группе, должно отражаться на ней как на целостном образовании и одновременно на каждом из ее представителей, которые является узлами групповой сети (подобно нейронам в нервной системе).

— Все участники группы должны стремиться активно участвовать в групповой работе, т. е. пытаться общаться, интерпретировать, понимать психологическое состояние других и происходящие в группе процессы и т. п. В этом отношении функция дирижера состоит в углублении и расширении выразительных средств и действий каждого участника.

— Иными словами, группа должна постоянно стремиться к максимальной взаимной осознанности и расширяющейся коммуникации. Фулкс описывал это как продвижение к взаимопониманию от уровня символов и фантазий до уровня осознания смысла и значения и сравнивал этот процесс с осознанием вытесненного в бессознательное в ходе индивидуального психоанализа.

— Коммуникации в группе (вербальные и невербальные) происходят на нескольких уровнях. Фулкс выделял четыре уровня общения в группе:

-- **уровень текущих взаимодействий** — имеющийся в группе «здесь и сейчас» уровень рассказов о своей жизненной ситуации и восприятия психотерапевта как авторитетной фигуры;

-- **уровень индивидуальных трансферентных взаимодействий —** уровень отношений членов группы, обусловленный взаимными переносами. На этом уровне группа может представлять собой семью, ее членов, братьев и сестер, а психотерапевт — отца или мать;

-- **уровень телесных или психических образов** — уровень отражения членами группы бессознательных элементов других участников. На нем члены группы могут проецировать друг в друга нежелательные и отвергаемые части своего Я, любимые или ненавидимые внутренние объекты или части

объектов. При этом вся группа в целом символически представляет собой мать. Фулкс также считал, что группой и ее членами может быть представлен и образ тела;

— **Первичный уровень** — уровень, на котором возникают и функционируют универсальные образы, аналогичные первичным образам З. Фрейда или архетипическим образам К. Г. Юнга.[44]

— Критерием эффективности групповой работы является перевод энергии невротических симптомов в коммуникативную сферу.

— В качестве цели для каждого участника группы должен выступать «инсайт» вытесненного материала и его интегрирование в более зрелые личностные структуры (также называемое приспособлением). «Между ними есть связь: инсайт способствует приспособлению, приспособление облегчает инсайт, инсайт без приспособления мало к чему приводит, приспособление без инсайта не является полным, но может существовать. Приспособление является более важным с точки зрения терапии, инсайт — с точки зрения науки» (Психотерапевтическая энциклопедия, с. 97). Интеграция достигается благодаря **«Эго-тренингу в действии»** — отработке большей гибкости Эго-границ, переопределению собственных возможностей и ограничений, задействованию высвобожденной энергии для творческого самовыражения и включению в большее количество социальных взаимоотношений на основе новых способов и форм взаимодействия. Говоря об этом, Фулкс отмечает: «Самым эффективным фактором при изменении является тренинг "Я" в действии и не столько понимание или толкование в словах, сколько длительное корригирующее взаимодействие с другими» (цит. по: Дидерихс-Пешке, с. 44-56).

— Оптимальная работа в психотерапевтической группе не допускает длительных перерывов.

Групп-анализ всегда имеет дело с личностью в целом, включая ее социальное, политическое, семейное и т. д. окружение. Важно подчеркнуть, что нарушение этих принципов может приводить к развитию в группах деструктивных процессов.

Л. Зинкин, рассматривая групповой «феномен зеркала», высказывал мысль о том, что такое видение может приводить не только к возникновению интереса, личностным трансформации и развитию, но и к ярости, панике, отрицанию или бегству — так называемому **феномену «пагубного отражения»** *(malignant mirroring).* Как полагает автор, видя себя в зеркале, человек скорее ощущает отчуждение, нежели поддержку. Кроме того, отражение истины может сильно травмировать участников группы, еще не готовых к принятию правды о себе, особенно в ситуациях, когда наблюдается большое расхождение между тем, что человек увидел в «зеркале», и тем, что он ожидал там увидеть.

---

[44] Отметим, что концепция этого уровня была наименее разработана Фулксом.

Катастрофичность «пагубного отражения» может привести к переходу группы в деструктивную фазу или к значительному усилению уже имеющихся деструктивных процессов в группе (нарушение групповых правил, внезапное прерывание курса без объяснений и т. п.).

М. Нитсан говорил о том, что некоторый идеализм в отношении безусловной терапевтичности психологических групп, вытекающий из чтения теоретических работ, может приводить к излишней самонадеянности и беспечности со стороны дирижера. Это неизбежно приводит к формированию «антигруппы» — группы, перенацеленной на расчленение и подрыв самой себя.

Техника групп-анализа.

В групп-анализе различают: малые группы (до 8 человек), средние группы (от 12 до 20 человек) и большие группы (более 22 человек).

Средние и большие группы используются для разрешения так называемых **«менеджмент-конфликтов»** — управленческих, организационных и социальных конфликтов.

Собственно психотерапевтической считается **малая группа**[45], которая встречается один-два раза в неделю по 90-180 минут.

Группа может быть **открытой** или **закрытой** для доступа новых участников. Каждая из этих форм работы имеет свои достоинства и недостатки. В закрытой группе более четко видны психодинамические процессы. Однако открытая группа позволяет глубже проработать переживания, связанные с чувствами разлуки, печали, боли, разочарования, а также ярости, зависти, раздражения, агрессии. При этом такие переживания могут наслаиваться на актуальный групповой процесс, блокируя либо усиливая его.[46]

Полный курс групп-анализа в среднем занимает от 1 до 3 лет. Наиболее эффективен групп-анализ при работе с невротическими и психосоматическими расстройствами, нарушениями коммуникации, возникшими вследствие психического заболевания[47], посттравматической патологией, психологическими проблемами общения, агрессии, сексуальности, зависимости, суицидального поведения.

Отметим, что З. Х. Фулкс предпочитал работать с относительно гомогенными группами (например, с группами лиц, имеющих одинаковый возраст),

---

[45] Группа должна быть достаточно велика, чтобы считаться репрезентативной обществу и в то же время достаточно мала, чтобы имелась возможность отслеживать реакции каждого отдельного участника и исследовать причины их возникновения.

[46] При включении в группу новых участников активизируются процессы регрессии, так как, проходя свою собственную начальную стадию, они могут либо приспосабливаться к имеющейся структуре группы, либо нет. При выходе одного из членов группы могут подниматься такие темы, как разлука, потеря, смерть и разрушение, которые опять-таки либо принимаются, либо отвергаются группой. Таким образом, любые изменения могут либо усиливать, либо ослаблять группу в зависимости от уровня индивидуального и группового развития. По мнению У. Байона, это способствует активизации основных допущений.

[47] Особенно для психотерапии пациентов с так называемыми ранними травматическими нарушениями (например, пограничная нарциссическая патология), которые зачастую страдают от особенно сильных страхов разлуки и потери.

состоящими из пациентов с достаточно высоким уровнем интеллектуального развития (*IQ* не ниже 110).

Цель групп-аналитической психотерапии Фулкс формулировал следующим образом: «Мы не ставим своей целью изменить пациента согласно нашим собственным представлениям об образе так называемого нормального человека или сделать клиента идеально функционирующим в его культуре. Мы хотим сделать пациента свободным от тех сил, которые вредят развитию его личности или собственным источникам его развития. Другими словами, освободить внутреннюю психическую жизнь пациента от того, что мешает его развитию и изменению — освободить от внутренних блоков. В этом плане групп-аналитическая психотерапия является в некотором смысле "разучиванием человека"».[48]

Представители различных течений групп-анализа (например, представители европейской школы и американского континента) по-разному моделируют психотерапевтический процесс. Обобщая, эти модели условно можно разделить на **хронологические** (начальная, средняя и конечная фазы), а также **структурированные по содержательным критериям.** Содержательные в свою очередь условно можно разделить на модели «слоеные» и «процессуальные».

Трехслойная модель группового анализа, которую описывает П. Куттер, включает в себя:

1) **поверхностный слой сознательного общения** — на данном уровне большое внимание уделяется роли, которую пациент играет в обществе;

2) **слой переноса и контрпереноса** — внимание уделяется проекциям на дирижера детских конфликтов с родителями;

3) **глубинный слой «аналитического и диатрофического равенства»**[49] — внимание уделяется попыткам группы примкнуть к дирижеру, сопровождаемым процессами идеализации и разрушения.

Сравнение «слоеных моделей» групповой психодинамической психотерапии приводится в табл. 2.1.

Таблица 2.1. Сравнительная таблица слоеных моделей групповой психодинамической психотерапии (по Куттеру, 1997)

Слой	Модель В. Шиндлера	Модель У. Байона	Модель З. Фулкса	Модель П. Куттера	Модель А. Хейгль-Эверса и Ф. Хейтля	Модель Д. Занднера

[48] В 1993 г. организаторы IX Европейского симпозиума по групповому анализу в Гейдельберге сформировали в качестве основной задачи групп-анализа «изучение существующих границ» между людьми (например, между пациентами и врачами, менеджерами и рабочими, преподавателями и обучаемыми, представителями различных культур и т. д.).

[49] Анаклитический и диатрофический (от *греч.* примыкающий и питающий) — понятия психодинамической психотерапии, описывающие состояния глубокой регрессии, при которой пациенты бессознательно стремятся присоединиться к психотерапевту и получить от него поддержку наподобие младенца, льнущего к материнской груди.

			«Основная» матрица (по Дж. ван дер Клей)			
4	Рабочий союз. «Договор»	Рабочая группа	Актуальная плоскость	Плоскость групповой динамики: статус, роли	Нормативная регуляция отношений, итог (интерактивная групповая терапия)	Рефлексивно-интерративная плоскость
3	Новые реальные отношения	Динамическая матрица (по Дж. ван дер Клей)		Нормы		
2	Символическое воспроизведение ситуации с членами родительской семьи (участники — сиблинги, руководитель — отец, группа в целом — мать)	Базовые допущения: зависимости; борьбы-бегства; тяготения к парности	«Персональная матрица»	Перенос и контрперенос или эдипальные отношения	Психосоциальное формирование компромисса (глубинно-психологическая групповая терапия)	Фантастический (ирреальный) образец отношений
2		Депрессивная позиция	Проективная плоскость с Я-, телесными и объект-составляющими		Общие мечты (аналитическая групповая терапия)	Эдипальные отношения

1	Опасность утраты идентичности и Я	Параноидно-шизоидная позиция (по М. Кляйн)	«Психотическая» плоскость	Отделение от частичных объектов (только «хорошие» или только «плохие»)	Проекция, интроекция, проективная идентификация	Преэдипальные феномены

Как отмечает П. Куттер, «подавляющее большинство слоеных моделей опирается на топографическую модель, предложенную еще Зигмундом Фрейдом. Стадии группового процесса рассматриваются в моделях процессуальных» (Куттер, с. 282).

В процессуальной модели Тукмана различают четыре взаимосвязанные фазы:

1) зависимости и проверки;

2) внутригруппового конфликта (так называемая фаза бури и натиска);

3) развития групповой сплоченности (нормирования);

4) работы (выполнения).

Куттер, подвергнув этот тесно взаимосвязанный процесс дальнейшему делению, выделил 6 шагов (своего рода минипроцессов):

1) повторение ранее патогенного образца в группе в ситуации «здесь и сейчас»;

2) понимание ведущим возникшей сцены;

3) интерпретация ведущего;

4) понимание со стороны участников;

5) устранение реактивированного образца интеракции;

6) шанс нового корригирующего эмоционального опыта.[50]

Куттер также предложил **сегментарную модель** группового процесса. Согласно этой модели, групповой процесс насыщен индивидуальными конфликтами, каждый из которых представляет собой определенный «сегмент». Сумма сегментов создает специфическую внутреннюю структуру группы, определяющую положение участников группы на определенной стадии психотерапевтического процесса и подчиняющуюся определенным закономерностям этой стадии. Изменения сегментов неизбежно ведут и к трансформации структуры группы. Так, например, пациент с проблемами, лежащими в области оральных фиксаций, включится в групповой процесс, когда группо-

[50] Отметим, что такое деление соответствует фрейдовской модели «воспоминание — повторение — проработка» или ее позднейшей интерпретации Р. Краузе как «повторение (в значении инсценировки) — интерпсихическое воспоминание и проработка».

вая матрица затронет весь комплекс проблем, связанных с ранними взаимоотношениями матери и ребенка (зависимость, кормление, границы и т. п.). Напротив, пациентка с истерическим типом характера проявит особую активность в период, когда групповое обсуждение сосредоточится вокруг вопросов сексуальности и эдипова соперничества.

Возможно также сочетание слоеной и сегментарных моделей, где персональный сегмент участника группы можно изобразить в виде усеченного цилиндра, в котором индивидуальный сегмент представлен в виде поперечного разреза, пересекающего непрерывный продольный групповой процесс (рис. 2.1).

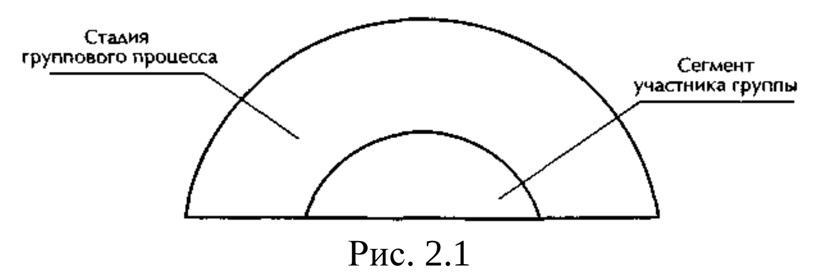


Рис. 2.1

Каждый из слоев модели обусловливает свою плоскость переноса. Так, П. Куттер дополняет каждый слой еще одной прослойкой, в итоге получая четыре плоскости переноса.

1. **Невротическую плоскость.**

2. **Плоскость нарциссического переноса** с сопутствующим обострением идеальных представлений о собственной личности.

3. **Плоскость расщепленных переносов,** связанных с механизмами шизоидно-параноидной стадии.

4. **Плоскость психотических переносов,** для которой характерно размывание личностных границ.

Юлиана Ева ван Вик, опираясь на выделенные Фингер-Трешером различия между горизонтальным и вертикальным уровнями групповой ситуации (на горизонтальном уровне проявляются отличия внутрипсихических процессов членов группы от межличностных; на вертикальном — отношения между группой и дирижером), сделала основной акцепт на взаимоотношениях между группой и ее ведущим. С ее точки зрения, в рамках этих отношений: 1) могут устанавливаться смысловые взаимосвязи, которые до сих пор были бессознательными или отсутствовали вообще; 2) могут перепроверяться и корректироваться образцы интеракций; 3) могут раскрываться и интернализовываться новые формы объектных отношений. Исходя из этого, дирижер прежде всего должен выполнять функцию гаранта существования и самосохранения группы.

Соответственно динамика группового процесса носит циркулярный характер внутрипсихической и межличностной динамики на горизонтальном и вертикальном уровнях. На горизонтальном уровне имеется следующая психодинамика: первоначальная травматизация посредством аналитического группового сеттинга — вызванная ею регрессия — реанимация ранних спо-

собов переживания, механизмов психологической защиты и образцов интеракций — специфические групповые интроективные и проективные идентификации, а также реакции переноса и принятия ролей — общие бессознательные фантазии.— спонтанные отказы от ролей — проверка реальности — интернализация новых объектов и зрелых идентификаций — корригирующий эмоциональный опыт. На вертикальном уровне психодинамика определяется бессознательной динамикой трансферентных и контртрансферентных процессов, проявляющих себя в общих фантазиях группы, реакциях контрпереноса дирижера и идентификации группы с ним.

В связи с некоторыми различиями, которые существуют в теоретических моделях, далее мы дадим лишь некоторое обобщенное описание стадий групповой работы, уделив особое внимание начальной и конечной (терминальной) стадиям работы, учитывая их наибольшую важность и сложность в психотерапевтическом процессе.

В ходе от 5 до 10 первых сессий в группе обычно поднимаются несколько типов тем. Во-первых, это поиск рациональных оснований происходящего. Во-вторых, это вопрос соотношения «внутригрупповой» и «внешней» реальности. В-третьих, это так называемые «коктейльные темы» и разного рода «психотерапевтические игры» (например, «идентифицированный пациент и команда опытных психотерапевтов»). Наиболее распространенная форма коммуникации — поиск и предоставление советов.

Предполагается, что малая группа моделирует функционирование родительской (первичной) семьи. Однако на начальном этапе работы в ней нет условий для возникновения всей сложной системы эмоциональных связей, присущих семье. Новизна групповой обстановки вызывает у участников группы более ситуативные чувства тревожности, подозрительности, конкуренции за внимание дирижера и т. п., что проявляется в форме любви, гнева или ярости по отношению к отдельным участникам[51]. Терапевтический эффект первоначально слабо выражен и воспринимается «плохо», так как участники группы имеют дело как с личным бессознательным, так и, одновременно, с коллективным бессознательным группы в целом. Поэтому на данном этапе дирижер должен стараться не контролировать и не управлять проявлением этих чувств в группе, создавая благоприятные условия для проявления тех ролей, которые человек играет в реальной жизни.

В этом отношении группу можно рассматривать как переходный объект — иллюзорное пространство, в котором одновременно имеют место регрессия и прогресс. Как замечает Юлиана Ева ван Вик, «все интеракции и повторные инсценировки в этих переходных рамках находятся между сферой внутреннего и внешнего. Резонанс собственного переживания в переживаниях других членов группы заступает место ответа первичных объектов» (ван Вик, с. 57-80).

---

[51] В. И. Натаров отмечает следующую закономерность — чем более тоталитарным является режим или государство, в котором живут члены группы, тем сильнее будут описанные чувства на начальном этапе групповой работы.

Кроме того, в группе начинают развиваться трансферентные отношения. Но в отличие от индивидуальной психодинамической психотерапии в групп-анализе эти отношения развиваются на двух уровнях: **прямом,** т. е. непосредственном взаимодействии между психотерапевтом и пациентом, и **опосредованном** групповыми процессами.

Вообще, как отмечает М. Меллер, в групп-аналитическом процессе развивается сложное сплетение переносов, контрпереносов, побочных контрпереносов, контрпереносных сопротивлений и т. п., в специфической форме отвечающих каждому участнику группы и всей группе в целом. Например, для одного члена группы дирижер играет совершенно иную роль, чем для его соседа по группе. Роли, исполняемые теми или иными участниками группы, могут присуждаться им другими участниками, причем они могут быть идентифицированы в этих ролях или могут сами себя в них идентифицировать. Из-за этого в группе могут возникать расколы (например, на подгруппы по сходным или комплементарным ролям).

Дирижер, как и участники группы, конфронтирует с различными переносами и контрпереносами. В случаях пограничной или нарциссической патологии он, по выражению М. Меллера, сталкивается с **контрпереносными дефектами** — страхами разрушения и интеграции, вызванными попытками пациентов с такой личностной организацией постоянно проверять (тестировать) границы, сеттинг, аутентичность и способность справляться с сильными переживаниями как дирижера, так и группы. Группа в этом случае играет роль переходного пространства, а дирижер использует традиционные средства удержания, отражения и перевода.

Так, на одной из групповых сессий дирижер охарактеризовал одну из участниц как человека, которым «гордится вся группа». На следующей сессии она, мотивируя это тем, что всё не запрещенное правилами разрешено, достала сигарету и, выйдя из группового круга, закурила, продолжая в таком положении участвовать в групповой дискуссии. Это вызвало достаточно сильные эмоциональные реакции как у группы, так и у дирижера. Какое-то время группа находилась чуть ли не состоянии коллапса. Некоторые из участников начали доставать свои сигареты, другие пытались убедить прекратить это, кто-то пытался воспользоваться ситуацией и «напасть» на дирижера с обвинениями в том, что он бездействует или, наоборот, тем самым демонстрирует «абсолютную свободу» в группе. В итоге на следующей сессии (состоявшейся через полчаса после описанной) закурившая участница призналась во враждебных чувствах к дирижеру за его слова (так как в своей семье она всегда была девочкой, которой гордились родители) и предпринятой в такой символической форме борьбе за независимость, а также в чувствах вины и стыда, которые она испытывает за свой поступок. В свою очередь дирижер признался в злости, которую он испытывал в тот момент, и выразил понимание ее поступка. Кроме того, он проследил взаимосвязь между происшедшим и теми аспектами конфронтации, которые эта участница проявляла на протяжении всей групповой работы (мелкая критика дирижера, создание конфликт-

ных ситуаций с другими участниками группы, образование коалиций и т. п.). В результате и эта участница, и вся группа смогли глубже погрузиться в проблему взаимоотношений с родителями.

На более поздних стадиях развития группы дефектные контрпереносы ранних отношений сменяются **конфликтными контрпереносами,** связанными с более зрелыми уровнями личностного функционирования и депрессивными, обсессивными и истерическими характерологическими структурами.

Множественность трансферентных и контртрансферентных отношений определяет специфичность проблем, с которыми сталкивается дирижер. Например, отвергнутая идеализация может влиять на стабильность самооценки дирижера, провоцируя проявления склонности к самообвинениям, приписыванию себе всех ошибок и т. п.[52]

Кроме этого, во время перерывов в работе часто усиливаются эротические трансферы и страхи расставания. Дирижеры склонны скрывать свою незащищенность, действуя так, как будто члены группы не могут их понять. Собственная тоска дирижеров по защищенности, теплу и постоянному пространству для отношений может в значительной степени усложнять момент предоставления пациентам автономности и проверки ими собственных способностей. Подобная тенденция может быть характерна и для агрессивности.

На 24-й групповой сессии, отличавшейся выраженным сопротивлением обсуждаемой тематике межличностных взаимоотношений, сложившихся в группе, что проявилось в виде молчания участников, один из них оценил группу следующим образом: «никто не выйдет отсюда живым». На короткое время это оживило групповую дискуссию. Его поддержали другие участники, заявив об аналогичных ощущениях; была обсуждена тема «вредности/полезности» психотерапии вообще и групп-анализа в частности. Несколько участников рассказали об одинаковых сновидениях или фантазиях. Но затем группа впала в «привычное» состояние. В конце концов это латентное напряжение трансформировалось в агрессию по отношению к дирижеру. У группы появилась даже фантазия о том, что дирижер «отсутствует» в группе или просто уснул. Среди обсуждения один из участников заметил, что вместо положенных 90 минут группа продолжается уже два с половиной часа. Другие участники согласились, сказав, что они давно это заметили, но боялись обратить внимание. В результате группа проработала 180 минут без перерыва. Обсуждая сложившуюся ситуацию, дирижер сказал, что забыть о времени его заставили собственные сильные переживания, связанные с ощущением отверженности и враждебности со стороны группы.

---

[52] С идеализацией связан один из самых тяжелых парадоксов для группового психотерапевта: хотя пациенты часто настаивают на том, чтобы психотерапевты были более близкими, теплыми, открытыми, человечными, одновременно с этим они выдвигают и другое требование — чтобы психотерапевты были «более, чем просто человечными». Разрушение иллюзии о «сверхчеловеке» ставит группу и каждого ее участника перед экзистенциальными проблемами полного одиночества и собственной ответственности.

Анализируя ситуативные и трансферентные реакции, дирижер пытается установить, какая из родительских фигур более важна для каждого из участников групп. Для того чтобы дирижер мог свободно выполнять «материнские» и «отцовские» функции по отношению к группе, он должен проработать свои собственные полоролевые конфликты (т. е. женщина должна понимать, принимать и быть способной управлять собственными активностью, агрессией, рациональностью; мужчина должен уметь быть чувствительным, мягким, интуитивным).

По мере продвижения групповой работы учащаются личностные конфликты. Для работы с ними дирижер может использовать техники драматизации конфликтов и повторения актуальных тем. **Драматизация** состоит в том, что эмоциональное напряжение, связанное с конфликтами, доводится до такой степени, чтобы каждый член группы начал их осознавать. **Повторение значимых тем** приводит к тому, что как бы старательно опасные или травматические сюжеты ни вытеснялись или ни отвергались группой, она не может уйти от их обсуждения.

Так же как и при индивидуальной психодинамической терапии, дирижер главным образом старается внимательно слушать поток свободных ассоциаций в группе. Но при необходимости он может не только останавливать участников и возвращать их к основным обсуждаемым темам, но и комментировать происходящие события, высказывать свои чувства, мысли, ассоциации, фантазии. Его искусство заключается в том, чтобы позволять участникам группы любить и ненавидеть себя, при этом давая возможность в безопасной атмосфере, вместе с другими людьми исследовать эти чувства и способы их выражения.

Постепенно, благодаря такому поведению дирижера, участники группы начинают понимать свои жизненные роли, стоящие за ними жизненные «сценарии», бессознательные мотивы и причины такого поведения. Но в групп-анализе понимание считается необходимым, но недостаточным условием для изменения. Для того чтобы понимание реализовалось в виде конкретных действий по изменению жизни, необходима соответствующая групповая культура, которая проявляется в попытках осознанного подражания некоторых членов группы дирижеру и обеспечивает поддержку и понимание, необходимые каждому из участников.[53]

Как замечает М. Нитсан, начальная стадия групп-анализа является наиболее трудоемкой, проблемной и сложной, так как связана с переживаниями первых трех месяцев «младенчества» — периода, когда происходит интеграция отдельных зон Эго[54]. Общая неопределенность ситуации, слабость обыч-

---

[53] Используя понятия теории Х. Когута, можно сказать, что группа как целое может выступать для каждого участника в качестве сэлф-объекта, используемого для личностного роста и развития Самости.

[54] Напомним, что начальный этап развития Эго характеризуется состоянием расщепленности, т. е. «дезинтеграции» не с самим собой, а с окружением (шизоидно-параноидная стадия). Для интеграции необходимо удовлетворение матерью абсолютной зависимости ребенка как основного условия его дальнейшего развития. В случае возникновения периодов депривации или тревоги ребенок может вновь регрессировать к фазе дезинтеграции.

ных психологических защит, отсутствие «особой», индивидуальной связи с психотерапевтом погружают группу в сильную тревогу, при которой архаические процессы дезинтеграции и фрагментации переживаются как реальные, из-за чего члены могут испытывать переживания, ассоциирующиеся с ранними стадиями собственного развития. В работе Нитсана такая тревога называется **психотической** и рассматривается прежде всего как закрытость по отношению к групповому опыту.

Так, позитивные ожидания избавления от страданий, поддержки, установления эмоциональной близости в связи с этой тревогой исчезают или трансформируются в установки «защиты от нападения» со стороны других участников группы, воспринимаемых в качестве «странных» и «враждебных». Попытки обнаружить и понять собственную психодинамику сопровождаются страхом разоблачения (опять же связанным с риском «быть атакованным»).

Следующий этап начальной стадии отсчитывается с того момента, когда у участников уже сформированы первые впечатления от группы, завязались определенные контакты с некоторыми участниками группы и дирижером, возникла (или усилилась) мотивация к продолжению такой психологической работы. Согласно законам и «слоеных» и процессуальных моделей группанализа, чуть-чуть освоившись в группе, участники начинают бороться за ее «любовь» и власть в ней. Это может приводить как к конфронтациям в группе (например, в форме инфантильного гнева на ведущего за то, что он собрал именно данных людей, что он не структурирует группу и т. п.), так и страху перед деструктивными тенденциями, что в свою очередь вызывает тревогу.[55]

Одним из характерных признаков перехода на этот этап служит появление в общей коммуникации высказываний типа «ты должен» и оценок поведения других участников. Так, в смешанных группах, например состоящих из врачей-психотерапевтов, психиатров и психологов, разгораются баталии за право «правильного» понимания и оценки происходящих процессов и соответственно распределения «ролей» и «функций» между участниками группы. Кроме этого, в группе может возникать псевдооткровенность, направленная на завоевание некоторого «особого» статуса.

Одним из механизмов психологической защиты, который ограничивает терапевтическое продвижение группы, но одновременно позволяет группе «работать» с основными тревогами, выступает шизоидно-параноидное расщепление на «хорошие» и «плохие» объекты. Например, в группе может наблюдаться расщепление на «хорошего» дирижера и «плохую» группу, когда группа воспринимается как враждебная и опасная, а дирижер — как объект поклонения и восхищения.

В качестве примера можно привести сновидение, которое рассказал на 12-й сессии один из участников обучающей группы. Его краткое описание сводилось к следующему. Маленький ребенок обнаруживает у себя в комнате

[55] Некоторые ортодоксальные аналитики склонны рассматривать взаимоотношение группы с дирижером на этом этапе как рекапитуляцию описанного З. Фрейдом патриархата в первобытной орде.

непонятное чудовище, которое спускается из вентиляционного отверстия и пытается наброситься, чтобы укусить. Он кричит, плачет, зовет на помощь родителей, которые приходят, но чудовище успевает исчезнуть. Родители уходят, и ребенок слышит за дверью, как они начинают спорить, верить ему или нет. Отец настаивает на том, что что-то действительно происходит, в то время как мать говорит о том, что ребенок болен и это проявление его воспаленной фантазии. На следующую ночь чудовище снова приходит, и, когда оно уже начинает тянуться к лицу ребенка, неожиданно появляется спрятавшийся в комнате волк (в которого превратился отец) и разрывает чудовище на части. На глазах у отца и ребенка части истекают черной жидкостью и, распространяя зловоние, сгнивают.

Группа проинтерпретировала сновидение следующим образом. Ребенок — участник группы, которому снился сон; чудовище — поднимающиеся из бессознательного агрессивные эмоции; отец — дирижер; мать — ко-терапевт и одновременно вся группа в целом; сюжет отражает бессознательную фантазию участника об идеализированном внешнем объекте, способном поддерживать и защищать, а также способствовать удовлетворению всех желаний (базовое допущение зависимости).

На данном этапе групповой работы особенно важен производный параноидно-шизоидный феномен «исчезновения» — условная потеря части тела или психики (по аналогии с этапами развития), что проявляется как страх потери, ухода членов группы, страх утерять понимание смысла происходящего в группе и т. п.

Так, на 3-й групповой сессии одна из участниц, характеризуя жизнь, сказала, что она напоминает «луг, на котором пасутся лошади и гуляют дети». Группа активно пустилась в обсуждение приведенной метафоры, которое продлилось около 40 минут. Однако в конце сессии, когда дирижер заметил, что в метафоре напрочь отсутствует упоминание о мужчинах и в своем обсуждении группа также игнорировала присутствие и мнение участников-мужчин, для всех (в том числе и для мужчин) сказанное явилось открытием, выведшим группу на рассмотрение существующих полоролевых проблем и трудностей во взаимоотношениях между женщинами и мужчинами.

Некоторая минимальная сплоченность группы, с одной стороны, и процессы параноидно-шизоидного расщепления — с другой, могут стимулировать преждевременный переход на личностные проблемы или форсирование групповой динамики. М. Нитсан обозначает это как **«покушение матери»,** проводя аналогию с тем, как мать своей чрезмерной опекой иногда может чрезмерно вторгаться в формирование психики ребенка. Подобное вторжение может служить причиной «перескакивания» или искажения развития на соответствующей стадии.[56]

---

[56] Как отмечает В. И. Натаров, подобные «покушения» особенно свойственны отечественной психотерапевтической среде.

Это достаточно сложный период для дирижера, так как параноидная тревога преждевременной интервенции может спровоцировать другую крайность — состояние «неподвижности», т. е. пассивного невмешательства, диктуемого установкой «лучше не делать ничего, чем делать что-то неправильно». Этому способствует и западная модель минимального вмешательства в создание групповой культуры. Противовесом такой позиции служит установка «тревожной заинтересованности», аналогичная материнской заботе.[57]

Для этой стадии характерна агрессия, но она никогда не бывает однородной. Так, в группе наряду с ярыми «противниками» всегда обнаруживаются и горячие «сторонники». Пропорция и пространственное расположение тех и других позволяют выявить характерологические особенности участников. «Лидеры» данной стадии, нападающие первыми и наиболее активно, чаще всего проявляют проблемы зависимости (контрзависимости), от которых они защищаются путем формирования реактивного образования. Напротив, люди, встающие «на защиту» дирижера, обычно имеют в своем жизненном опыте случаи привязанности к «ненадежным» объектам. Их защита имеет иод собой бессознательную фантазию об образовании вместе с дирижером альянса против других участников группы.

Начальный период формирования группы заканчивается тогда, когда группа объединяется путем определения собственных границ, подобно тому как ребенок в условиях благоприятного окружения становится способен различать «Я» и «не-Я». З. Фулкс считал понятие «границы группы» аналогичным коже человека, которая и отделяет, и объединяет человека с внешним миром.

По мнению О. Кернберга, самоопределение группы проявляется в ее переходе к депрессивной позиции, которая характеризуется чрезмерной ответственностью и интересом. На этой стадии группа способна глубоко анализировать внутри- и межличностные проблемы, чувства стыда, вины, страха и т. п., возникающие от познания собственных эротических и деструктивных импульсов. Но тревожность предыдущей стадии может сохраняться в скрытой форме, периодически проявляясь подобно тому, как в индивидуальном развитии ранние формы тревоги влияют на более позднее развитие и могут проявляться на его последующих фазах.

На этой стадии развития групповой сплоченности (актуальной плоскости, по терминологии З. Фулкса) и разворачивается основная психотерапевтическая работа. Рост внутренней раскрепощенности, самораскрытия, сближения между участниками, взаимной поддержки приводит к тому, что непосредственно всплывающие проблемы или те, которые были вскрыты на предыду-

[57] В связи с этим возникает вопрос о необходимости поддержки дирижера на этой стадии. М. Нитсан отмечает, что как большинство матерей зависит от ближайшего окружения, так и ведущему «...могут помочь поддержка, обратная связь, помощь коллег, когда у него возникает тревога, саморазочарование на фоне действующих в группе шизоидно-параноидных механизмов. Тем более что подобные процессы — фрагментация и расщепленность — могут вызвать у отдельных участников недовольство или угрозы по отношению к дирижеру; они как бы погружают ведущего в проективную идентификацию с группой или используются группой в роли объекта проективной идентификации, что увеличивает тревогу или блокирует развитие группы».

щей стадии, обсуждаются и прорабатываются более глубоко и эффективно. В какой-то мере можно говорить о том, что, обозначив свои границы, группа «объединяется» против всего остального мира.

Одна из опасностей этой стадии заключается в возможности формализации и превращения рабочей атмосферы в некий групповой ритуал. Страх перед ужасами начальной стадии может сдерживать проявление негативных аффектов, по старой памяти ассоциирующихся с деструкцией группы. Поэтому, чтобы групповое единение не превратилось в форму групповой защиты, дирижеру необходимо следить за тем, чтобы у каждого участника была возможность дифференциации и конфронтации.

Примерно в середине стадии групповой сплоченности начинают возникать темы, связанные с расставанием, прощанием и утратой. Это может отражать как актуальные проблемы работы на этой стадии, так и вызываться приближением окончания групп-аналитического процесса.

В медленно разворачивающейся группе обычно возникает фантазия о том, что группа никогда не умрет. Также возможно отрицание расставания из страха перед регрессивным течением, которое может мешать преодолению этой ситуации.

Поэтому дирижер должен способствовать уравновешенному обсуждению не только текущих проблем, но и этих слабых или сильных тенденций, либо прямо удерживая эту тематику в фокусе группы, либо используя различные метафоры (например, связанные с такими естественными процессами, как отделение от семьи, получение образования и т. п.). Любая психологическая группа ограничена во времени своего существования. Особенно это касается закрытых групп, динамика которых не может быть стимулирована воздействиями извне.

Как и в индивидуальной психотерапии, группа может быть краткосрочной, ограниченной во времени и с необозначенными сроками окончания (например, постоянно действующие обучающие группы или группы в стационаре). Одной из отличительных особенностей групповых форм работы является то, что группа продолжает свое существование после выхода одного из ее участников. Еще одна отличительная особенность — уход участника группы носит публичный и более сложный характер (реальный и воображаемый), так как одновременно приходится расставаться с несколькими людьми.

Дж. Рутан и У. Стоун считают, что завершение групповой работы (терминация) связано с четырьмя факторами:

1) уровнем развития группы;

2) типом завершения;

3) психическими процессами участника;

4) психическими процессами психотерапевта.

К. Гефельд выделил следующие варианты завершения группового процесса:

1) расставание и

2) отделение от группы.

Расставание — неподготовленный и неоформленный процесс ухода участника из группы, сходный с внезапным разрывом. Наблюдения показывают, что аналитическую группу редко оставляют в первые 6 часов групповой работы, чаще это происходит после 20-25 часов. Иногда это может случаться без всяких объяснений; в некоторых случаях, наоборот, с заранее подготовленной рациональной позицией, поддерживаемой интеллектуальными механизмами психологической защиты. Случается, что участники группы могут преднамеренно провоцировать ситуации собственной травматизации или обиды, ставя всю группу и дирижера в двусмысленное положение: уходят ли они из группы из-за того, что их здесь «не любят», или их «не любят» из-за того, что они психологически все это время находились вне группы.

С расставанием связаны переживания двоякого характера: активности и пассивности (когда оставляешь ты или же когда оставляют тебя), вины и зависти, агрессии и обиды и т. п. Их валентность и интенсивность зависят от степени и «окраски» той связи, которая существовала между ушедшим участником и группой.

Так, если группа работает относительно недавно и близкие, доверительные отношения между ее участниками еще не сформировались, люди могут уделять больше внимания вопросам собственной безопасности, чем чьему-либо уходу. Мало того, поскольку атмосфера безопасности в группе еще не сформирована, право ухода из группы может рассматриваться некоторыми участниками как элемент этой самой безопасности, тем самым только укрепляя ее.

Валентность переживаний определяется развитостью регрессивных тенденций. **Чувства вины и «ответственности за случившееся»** связаны с фантазиями о том, что участники сделали «не все» для предотвращения ухода. В своей основе эта фантазия напоминает переживания детей, ощущающих свою вину за развод или болезнь родителей либо других ближайших родственников.

Чувство стыда связано с восприятием ухода участника как победы над ним других членов группы, которые получили возможность привлечь к себе больше внимания. Может также присутствовать **чувство зависти,** связанное с тем, что у отсутствующих теперь нет необходимости активно участвовать в групповом процессе.

Отметим, что расставание на начальной стадии обычно редко и недолго служит материалом для обсуждения в группе. Это отнюдь не связано с общим равнодушием, просто группа на этой стадии еще боится проявлять свои истинные чувства. Обычно «настоящее» обсуждение такого события происходит на более поздних стадиях развития группы, когда к нему возвращает возникшая в группе тема или случай из группового опыта.

Расставание на более поздних стадиях вызывает у участников практически те же чувства, но теперь они более доступны для осознания и групповой дис-

куссии. Кроме того, обсуждение ухода больше наполнено эмпатическими чувствами к расстающемуся участнику, а также попытками провести взаимосвязи между случившимся инцидентом и собственным поведением каждого из остающихся. В связи со зрелостью группы могут даже предприниматься попытки нападения на дирижера (например, за то, что он включил в группу такого участника).

Выделяют следующие типы расставания:

— неполное излечение;

— «исцеляющие фантазии» — когда участник покидает группу, удовлетворив в ней свои фантазии о групповой психотерапии;

— расставание участников с «ограниченными возможностями», т. е. оказавшимися непригодными для такой формы психотерапии;

— расставание, связанное с сильным сопротивлением;

— расставание по внешним причинам (переезд, изменение условий работы или материального положения и т. п.).

Несмотря на обстоятельства, при которых происходит расставание, ушедшие участники чаще всего вспоминают о своем опыте участия в группе (причем эти воспоминания обычно позитивны) и их волнует вопрос о том, вспоминают ли о них другие участники и психотерапевт или нет.

Для дирижера, как и для других участников группы, момент расставания служит полем для анализа его собственных переживаний по этому поводу. Расставание может пробуждать в нем контртрансферентные чувства утраты, наносить нарциссическую травму («я оказался недостаточно успешным, я не завоевал доверия, уважения, любви этого участника»), вызывать чувство тревоги по поводу того, как помочь пациенту расстаться с группой максимально «нетравматично» и страха, что группа распадается и вскоре ее покинут все остальные участники. В качестве «противоядия» рекомендуется иметь опыт ведения нескольких групп.

Отделение от группы — более зрелый и подготовленный процесс, связанный с осознанной проработкой чувства печали. В ходе этого процесса всем участникам предоставляются время и место для того, чтобы оформить процесс завершения всеми имеющимися средствами в соответствии с правилами групп-аналитической психотерапии. Необходимо подчеркнуть, что отделение от группы или успешная терминация (завершение психотерапевтического процесса) представляют собой нечто большее, чем просто прекращение групповой работы, — это важнейшая часть психотерапевтического процесса.

Как и при индивидуальной работе, определение оптимального срока окончания терапии довольно затруднительно. З. Фрейд назвал целью курса психоанализа «обретение способности любить и работать». Но на практике возникает ряд трудностей.

Во-первых, в реальной жизни редко удается достичь идеальных условий одновременного достижения целей конкретными пациентами, психотерапевтом и группой. Так, на завершающей стадии некоторые пациенты все чаще

ставят вопрос о прекращении психотерапии, в то время как другие участники, частично находящиеся еще на предыдущей стадии групповой работы, пытаются остановить групповой процесс или повернуть его вспять (например, вновь обращаясь к исчерпавшим себя проблемам или рецидивируя первичную симптоматику). Возможно и обратное: вся группа находится на предыдущей стадии, в то время как некоторые ее участники достигают таких результатов, когда любое дальнейшее психотерапевтическое изменение становится «антитерапевтичным» (например, когда участник группы «перерастает» своего партнера, что грозит разрывом их отношений).

Даже в группах, ограниченных по времени, процесс отделения может осложняться из-за скрываемых или открыто выражаемых чувств сожаления, фрустрации, несогласия с установленной датой окончания. При этом участники группы могут выносить на обсуждение недостаточно попятные интерпретации, возвращаться к обсуждению допущенных дирижером ошибок, пытаться «разобраться до конца», что тоже «способствует» продолжению работы (так называемый «скачкообразный паттерн улучшений»). В группе могут возрождаться примитивные фантазии о дирижере как о «плохой матери», неспособной удовлетворить базисные потребности участников.

Соответственно изменяются и чувства дирижера. На стадии завершения он обычно испытывает чувство облегчения, так как по мере групповой проработки трансферентных чувств участники группы начинают воспринимать его как реального человека, а не как объект для проекций. С его же стороны происходит «постепенный отказ терапевта от контрпереноса» — процесс отстранения от группы и ее участников, требующий от дирижера готовности «остаться наедине с собой, не чувствуя себя при этом одиноким» (Куттер, с. 172).[58] Но если дирижер к этому не способен, возникает опасность формирования связи, удерживающей группу рядом с дирижером, что аналогично чрезмерной родительской опеке, мешающей нормальному развитию ребенка.

Во-вторых, при «затягивании» психотерапии (например, когда группа путем голосования решает вопрос о продлении срока работы) группа начинает использоваться в качестве защиты и препятствия для изменений в реальной жизни. Например, некоторые участники могут продлевать срок своего пребывания в группе до тех пор, пока они «найдут себе брачного партнера, установят дружеские отношения, решат свои проблемы на работе» и т. п.

П. Куттер приводит следующие критерии необходимости завершения группового процесса:

1) проработка бессознательных конфликтов привела к исчезновению симптомов, которые заставили пациента обратиться за помощью и прибегнуть к групповой психотерапии;

2) групповая работа сформировала более зрелые Суперэго и Эго-идеал, а также такие Эго-функции пациента, которые обеспечивают большую самостоятельность;

---

[58] Из-за этого участники могут чувствовать разочарование.

3) в процессе повторного оживления и психологической проработки значимых детских конфликтов пациент смог преодолеть инфантильную амнезию;

4) в процессе групповой работы пациент смог преодолеть сопротивление и приобрел способность к адекватному восприятию объективной реальности, не искаженной проекциями;

5) пациент в большей или меньшей степени освободился от психологической «инерции» позитивного и негативного эдипова комплекса;

6) в контексте половой идентичности у пациента сформировалась зрелая маскулинная или фемининная позиция;

7) благодаря работе в группе пациент усвоил навыки самоанализа и научился применять их на практике.

Отметим, что эти критерии касаются групп, сформированных из пациентов, чьи расстройства носят невротический характер.

Для групп, состоящих из пациентов с пограничными и психотическими расстройствами, этих критериев значительно меньше. Согласно Дж. Бленку и Р. Бленку, они включают появление у пациента:

1) идентичности и способности различать «Я» и объектные репрезентации, а также сохранять независимость объектных репрезентаций от психического состояния;

2) более высокого уровня интеграции, указывающего на психическую структуризацию;

3) постоянных объектных отношений;

4) сравнительно зрелых защит;

5) более эффективного функционирования «Я».[59]

Одно из важнейших условий для успешной терминации групп с необозначенным сроком завершения — объяснение процедуры расставания и отделения еще на стадии формирования группы. Так, обычно дирижер сообщает, что участник может уйти из группы, когда решит совместно поставленные задачи групповой психотерапии, но при этом он должен заранее сообщить о своем решении группе, чтобы она могла выразить чувства, связанные с его уходом.[60] Помимо этого, такое сообщение позволяет уходящему выслушать мнения группы по поводу своего решения.[61]

В ходе отделения от группы традиционно обсуждаются как положительные результаты, достигнутые с помощью групповой работы, и их перенос в

[59] При нарциссических расстройствах добавляются: 1) преодоление идеализированных переносов и 2) снижение нарциссической активности.

[60] По поводу конкретных временных рамок в западных руководствах существуют разные мнения, например от одного месяца (если участник пробыл в группе не менее полугода) до более продолжительного времени (если он проработал в группе несколько лет). Наш опыт показывает, что этому следует посвятить от 2 до 4 групповых сессий.

[61] При успешной терминации участники обычно ценят мнения других членов группы. Кроме того, их решение может носить не окончательный, а совещательный характер.

реальную жизнь, так и сохраняющиеся проблемы, над которыми участник продолжает работу и планирует работать в будущем. Часто для этого используется техника **«моделирования будущего»** (индивидуальные или групповые фантазии на тему «Чем теперь ты займешь время, которое раньше отводил на посещение группы?», «Что будет происходить в группе без тебя?», «Кто займет твое место?»). Иногда в связи с этим могут возникать регрессивные тенденции (например, попытки удержать участника в группе, зависть к успешному завершению, идеализация этого участника и т. п.), однако их архаический характер достаточно хорошо осознается. Мало того, это показывает, насколько хорошо группа научилась справляться со своими переживаниями.

В группах, ограниченных по времени, дата окончательной сессии (естественно, в рамках установленных временных границ) совместно определяется дирижером и участниками после того, как большинство участников начинают обсуждать вопрос о завершении. При установлении этой даты следует исходить из того, что группе необходим период (иногда достаточно продолжительный), чтобы проработать чувства, связанные с одновременным завершением работы. Здесь очень важно правильно высчитать момент окончательной терминации, чтобы дирижер не «похоронил» группу досрочно (или, наоборот, не затянул ее «похороны»), превратив последние сессии в пустое времяпрепровождение.

Обсуждение чувств, связанных с расставанием, должно быть сориентировано на выявление и совладание с неадаптивными формами реагирования (гнев, обесценивание, отрицание, нарушение групповых правил и норм и т. п.). С технической точки зрения важно держать во внимании участников группы то, что это их собственная группа и им самим решать, как именно завершить ее функционирование. В качестве адаптивных «противовесов» используются общие воспоминания о значимых событиях в жизни группы.

Особый вопрос — попытки смягчить горечь расставания за счет «прощальной встречи» или продолжения контактов после существования группы.

Любые предложения об изменении процесса последней сессии (будь то уход одного участника или завершение работы всей группы) должны расцениваться как отреагирование неосознаваемых и невысказанных чувств. Кроме того, подобные прецеденты нивелируют уникальный характер расставания или отделения, вписывая его в социальные нормы, принятые в данном обществе. Но если дирижер считает, что предлагаемые изменения усилят ощущение значимости группового опыта, он может пойти на подобный эксперимент.

Это же касается обмена телефонами и адресами для продолжения внегруппового общения: такие действия могут быть как следствием недостаточной проработки чувств, связанных с ситуацией терминации, так и вполне соответствовать нормам групп-аналитической работы. Но, как свидетельствуют пролонгированные наблюдения Н. Филдстилла, обычно участники групповой терапии довольно быстро теряют желание общаться друг с другом после

терминации.[62] Поэтому рекомендуется напоминать участникам о том, что группа в принципе может встречаться друг с другом в других условиях, но в таком виде, в каком она существует на этот момент, она уже не будет воссоздана никогда.

Иногда обстоятельства реальной жизни складываются таким образом, что непосредственно после терминации участник группы может попасть в особо стрессовую ситуацию, требующую психотерапевтической помощи (например, смерть близких, изнасилование и т. п.). В таких случаях он может прибегнуть к индивидуальному обращению к своему прошлому психотерапевту, которое, однако, должно быть строго ограничено (не больше 3 сессий). Если этого недостаточно, бывший участник и психотерапевт могут принять решение о прохождении дополнительного курса индивидуальной или групповой психотерапии, но уже у другого терапевта.

Психодинамически ориентированные группы могут иметь и определенную тематическую направленность, решая специфические задачи. Примером этого служат группы, в которых основной темой, являющейся предметом групповой работы, выступают взаимоотношения врач—пациент.

Приведем описание этих групп.

Балинт-группы.

Возникновение и развитие психодинамического подхода в групповой работе привело не только к появлению новых психотерапевтических методов, но и к изменению точки зрения на взаимоотношения между людьми, складывающиеся в условиях лечебных учреждений. Любая медицинская практика характеризуется наличием достаточно большого количества психологических проблем. Условно их можно распределить по следующим областям.

Во-первых, это **область отношений «пациент—врач».** Пациенты зачастую воспринимают врача[63] как магическую или родительскую фигуру, способную творить чудеса. В связи с этим пациенты склонны перекладывать на него все усилия и ответственность за свое выздоровление. Нередко врач в силу вполне объективных причин становится единственно близким пациенту человеком. Кроме того, поскольку бессознательной целью многих заболеваний становится разрешение некоторого психологического конфликта (например, привлечение внимания), врач из-за своих функциональных обязанностей оказывается «заложником» различного рода психологических игр, в которых он может использоваться как в качестве главного героя, так и в качестве статиста.

---

[62] Некоторые участники после окончания терминации могут даже вступать в брак друг с другом, однако сведения о продолжительности и удачности таких брачных союзов отсутствуют.

[63] Подчеркнем, что, хотя речь в тексте идет о врачах, в условиях современных западных медицинских учреждений под эту категорию могут подпадать психологи, социальные работники, специалисты ЛФК, занимающиеся вопросами профилактики, психотерапии, психологической коррекции и реабилитации пациентов с самыми различными видами заболеваний.

Во-вторых, это **отношения «врач — пациент».** Врачи, склонные к самопожертвованию, могут идти на поводу у своих контртрансферентных реакций и брать на себя роль матери или отца пациента, соответственно строя отношения, в той или иной степени выходящие за рамки профессиональных требований. Такое саморазрушительное поведение негативно сказывается как на самом враче (возникновение невротических и психосоматических заболеваний, нарушение семейных и межличностных отношений и т. п.), так и приводить к проблемам в его профессиональной деятельности (например, к нехватке времени на других пациентов, невнимательности, высокой утомляемости и, как следствие, повышению вероятности ошибки). Возможна и другая крайность. Постоянно сталкиваясь с человеческим страданием, врач может выработать у себя настолько мощные механизмы психологической защиты, что это приведет к «профессиональной деформации» (грубость, цинизм, нарушения профессиональной этики и т. п.). Особенно этому способствует широкое развитие медицинской техники, приводящее к еще большему отчуждению между всеми участниками лечебного процесса.

В-третьих, это весь **комплекс отношений, возникающих при подготовке медицинских специалистов.** Некоторые из контактов с пациентами, которые происходят в годы обучения или ординатуры, накладывают значительный отпечаток на личностное и профессиональное становление молодого специалиста (например, смерть детей, агрессивные пациенты, пациенты, пострадавшие от врачебной ошибки и т. д.), формируя навыки разграничения профессионального и личного отношения к пациенту.

В-четвертых, это **отношения между высшим и средним медицинским персоналом, а также техническими работниками,** обслуживающими лечебные учреждения. Разность точек зрения и подходов к процессу лечения создает «благоприятную» почву для возникновения профессиональных кризисов и стрессов.

Наконец, в-пятых, это **взаимоотношения между медицинскими работниками и различными социальными институтами,** в тех или иных аспектах своей деятельности соприкасающимися с медиками и их пациентами.

Для решения этих проблем в 1950 г. была создана такая форма групповой психодинамической работы, как **балинт-группы.**

Михаэль Балинт (Михаэль Мариус Бергсман, 1896-1970) родился в Будапеште в семье врача. В 1918 г., в год окончания медицинского факультета Будапештского университета, он прочел «Три очерка по теории сексуальности» и «Тотем и табу» и серьезно увлекся психоанализом. Вскоре он переехал в Вену и начал посещать лекции Ш. Ференци (ставшего в 1919 г. первым в мире университетским профессором по психоанализу).

В 1924 г. Балинт вернулся в Будапешт, где вскоре стал членом Будапештского психоаналитического общества. В начале 1930-х гг. он начал проводить семинары с практикующими врачами, на которых изучались психотерапевтические возможности обычной врачебной практики. В связи с изменив-

шейся политической ситуацией в конце 30-х гг. Балинт эмигрировал в Великобританию, где вначале работал в Северном Королевском госпитале в Манчестере, а с 1945 г. в Тавистокском госпитале в Лондоне. Именно здесь в 1950 г. он начал проводить свои психотерапевтические группы с врачами.

В 1968 г. Балинт стал президентом Британского психоаналитического общества. Скончался он в 1970 г.

Балинт-группы — форма групповой психологической работы, в ходе которой ее участники (врачи, психотерапевты, медицинские психологи — 8-12 человек) представляют те случаи из своей практики, с которыми возникли определенные проблемы. Кроме этого, сегодня балинт-группы применяются как форма обучения студентов и метод повышения квалификации. Отметим, что в западных странах участие в балинт-группах является обязательным для получения специализации по психотерапии и оплаты гонорара психотерапевтов, работающих в психосоматической клинике, из страховой кассы. Участие в балинт-группах не предполагает какого-либо предварительного опыта.

Но для того чтобы выступать в качестве руководителя балинт-группы, психотерапевт должен отвечать определенным требованиям. Например, согласно закону ФРГ от 1 ноября 1997 г., критерии соответствия врача званию руководителя балинт-группы следующие: 1) членство в национальном Балинтовском обществе[64]; 2) последипломное образование в области психотерапии или психоанализа и последующий, как минимум трехлетний, опыт в этой сфере; 3) участие в 35 спаренных сессиях постоянной балинт-группы, проводимой руководителем, признанным национальным Балинтовским обществом; 4) работа ко-терапевтом в балинт-группе, проводимой руководителем, признанным национальным Балинтовским обществом в течение по меньшей мере 70 сеансов (по 1,5 часа); 5) участие по меньшей мере в 6 семинарах для будущих руководителей балинт-групп национального Балинтовского общества (не менее 30 сеансов), причем для этого необходимо самому провести 2 балинт-группы.[65]

Своими целями балинт-группы ставят:

— познание существующих отношений между работником медицинского учреждения и пациентом;

— улучшение понимания пациентов и выработка умений передачи пациентам ощущения понимания и поддержки;

---

[64] Действительными членами Международного Балинтовского общества являются следующие страны: Великобритания, Венгрия, Германия, Италия, Литва, Польша, Россия, Румыния, Словения, США, Финляндия, Франция, Швеция, ЮАР.

[65] Заметим, что для психологов эти требования несколько изменены: 1) специализация в области клинической психологии с дополнительным психотерапевтическим образованием; 2) последующий трехлетний практический опыт в области психодинамической терапии; 3) участие в балинт-группе, проводимой руководителем, признанным национальным Балинтовским обществом (105 сессий по 1,5 часа), из них по крайней мере 35 сеансов в постоянной балинт-группе; 4) участие по меньшей мере в 6 семинарах для будущих руководителей балинт-групп национального Балинтовского общества (не менее 30 сессий), причем для этого необходимо самому провести 2 балинт-группы; 5) опыт работы ко-терапевтом балинт-группы, приобретенный на обучающих конференциях или в постоянной группе.

— развитие чуткости к «тайным посланиям» пациентов и «вторичной выгоде» от их заболеваний;

— интеграция соматических, психологических и социокультурных аспектов заболевания при постановке общего диагноза;

— выявление терапевтического значения отношений «врач—пациент»;

— осознание и применение терапевтического эффекта от «лекарства под названием "врач"»;

— осознание своих чувств, лучшее понимание и взаимодействие с «проблемными» пациентами;

— разрешение проблем, связанных с контактами между врачом и пациентом вне пределов медицинского учреждения.

Балинт считал, что наиболее распространенным медикаментом во врачебной практике является сам врач. На основе взаимных интересов, желаний, конфликтов и обид устанавливаются своеобразные отношения врача и пациента, которые достаточно трудно объяснить в психологических терминах. В них входят трансферентные и контртрансферентные реакции, идентификационные процессы, различные социальные феномены (ролевые интеракции, внушение, «плацебо»-эффект и т. п.), но многообразие и комплексность этих отношений не исчерпываются данными явлениями. Врач как бы вкладывает в пациента определенный душевный капитал, а пациент, в свою очередь, является покупателем этого капитала. Ценность этого вложения определяется общими переживаниями, связанными как с периодом болезни, так и со здоровым состоянием. Благодаря им и врач, и пациент вместе учатся переносить боль и тревогу, неудачи и конфликты, чувства надежды и разочарования.

Выделяют четыре уровня отношений врач—пациент.

1. **Деловой уровень**, соответствующий профессиональной компетентности, определяемой стандартами существующей системы здравоохранения.

2. **Информационный уровень**, охватывающий то, что пациент сообщает или мог бы сообщить врачу, а кроме того, всё, что сообщает пациенту врач.

3. **Уровень действий**, включающий в себя диагностические мероприятия, методы лечения, медикаменты и т. п.

4. **Уровень межличностный отношений**, который охватывает надежды, желания, страхи и ролевые ожидания пациента.

Соответственно процесс обучения в балинт-группах, позволяющий расширить и освоить необходимые диагностические и терапевтические возможности, включает в себя следующие направления работы.

— **Тайные послания пациента**. Как и в любом другом виде человеческой деятельности, тесно связанной с интенсивным межличностным взаимодействием, коммуникация «врач—пациент» происходит одновременно на нескольких уровнях. Так, наряду с целенаправленно высказываемыми врачу жалобами пациент посылает неосознанные сообщения, зачастую имеющие не меньшее клиническое значение, чем его рациональная речь. В качестве таких

бессознательных «маркеров» могут выступать на первый взгляд случайные, внешне незначительные высказывания пациента (например, «я побывал уже у такого количества самых известных врачей, но...»), невербальные сообщения (дистанция контакта; невербальные проявления, сопровождающие специфические медицинские процедуры, например раздевание, и т. д.), неосознаваемые попытки воздействовать на врача с целью принятия им «картины болезни» и т. п. Именно эти «тайные послания» способствуют формированию определенного вида взаимоотношений между врачом и пациентом.

— **Реакции врача на пациента.** В качестве инструмента диагностики «тайных посланий» могут служить те мысли, чувства и импульсы к действиям, которые пациент вызывает у врача. Внимание к своим реакциям предоставляет врачу не только ценную информацию о пациенте, но и позволяет строить свою работу более осознанно и объективно.

— **Диагноз врач—пациент.** На основании интерпретации «тайных посланий» пациента и учета собственных реакций на них врач учится ставить интегральный диагноз и познавать существующие отношения.

В балинт-группах познание существующих отношений между врачом и пациентом считается ключевым моментом, так как предполагается, что психосоциальная доля болезни пациента служит проявлением давних нарушенных социальных отношений. Так же как при невротических и психосоматических заболеваниях, в случае соматической патологии пациент страдает от «вторичной компульсии», постоянно инсценируя давнюю травмирующую сцену во взаимоотношениях с врачом. Если врач принимает предложенную роль или сценарий отношений, он становится элементом этой навязчивости, еще больше усугубляя ее. Поэтому в балинт-группах особый акцент делается на обучении врача «сценическому пониманию» — особым диагностическим наблюдениям, опирающимся на расшифровку «тайных посланий» пациента и на собственные чувства.

Основная идея Балинта заключалась прежде всего в том, чтобы научить врачей всех специальностей понимать болезнь не только как результат действия определенных естественных причин, не как злостный удар судьбы, а видеть в болезни проявление страхов и психологических конфликтов заболевшего человека.

— **Терапевтически эффективное формирование отношений врач—пациент.** Сформированное диагностическое понимание отношений врач—пациент позволяет не только защитить врача от ловушки комплементарных невротических отношений, но и построить другие отношения, базирующиеся на более зрелых психодинамических основаниях.

Сам метод работы в балинт-группах заключается в следующем. В отличие от традиционных для медицины клинических разборов в балинт-группе участнику, нуждающемуся в групповой проработке проблем, возникших у него во взаимоотношениях с пациентом, предоставляется возможность совершенно непредвзято и безо всякой подготовки рассказать о них. При этом излага-

ется не только история болезни, но и впечатления от личности пациента, связанные с ситуацией эмоции, воспоминания, ассоциации. Далее рассказанное становится объектом для дополнительных расспросов, ассоциаций, догадок и фантазий, проясняющих проблему отношений коллеги со своим пациентом со стороны других участников группы.

Любой феномен, возникающий в течение обсуждения в группе, имеет центральное значение, так как связан с **«феноменом резонанса»**. Сообщаемый случай не только рассказывается в группе, но и одновременно еще раз разыгрывается в ней, причем тем яснее, чем более скрыта и непонятна сообщаемая проблема для рассказывающего коллеги. Таким образом, обсуждаемая проблема дважды презентируется в группе и поэтому становится доступной для участников группы в двух аспектах: во-первых, через анализ участника, а во-вторых, дополнительно, посредством актуальных переживаний, возникающих в групповом процессе.

Как и в других групповых психодинамических методах, особое внимание уделяется умению врача «переводить» жалобы больного с языка «симптомов» на язык общечеловеческой коммуникации, т. е. видеть скрытые психологические проблемы, прячущиеся за недугами. Вначале это происходит на уровне «классических» медицинских симптомов, затем — на «уровне отношений».

П. Куттер предложил различать три бессознательных измерения (уровня) ситуации обсуждения:

— **Отношения между докладчиком и его пациентом в ситуации «там и тогда»**, относящиеся к состоявшимся реальным встречам. В этом измерении действуют силы переносов и контрпереносов.

— **Отношения в ситуации «здесь и сейчас»**, относящиеся к реалиям балинт-группы. При этом имеются в виду четыре варианта проявляющихся переносов: 1) отношения между докладчиком и руководителем; 2) отношения между докладчиком и группой; 3) отношения между группой и руководителем (групповой перенос); 4) отношения между отдельными участниками группы и руководителем.

— **Отношения, связанные с ситуацией «там и тогда», актуальные для балинт-группы в ситуации «здесь и сейчас»**. Именно этот уровень и становится рабочим пространством балинт-группы, и на нем интерпретируются первоначальные отношения между врачом и пациентом, предъявленные для анализа.

Как отмечает автор, процессы переноса, протекающие на втором уровне, мешают достичь цели балинт-группы: осознать бессознательное измерение первого уровня посредством использования отражающих феноменов третьего измерения. С учетом психоаналитической концепции переноса-контрпереноса достижение цели возможно только тогда, когда участники балинт-группы научатся обнаруживать, понимать и интерпретировать свои ре-

акции контрпереноса как ответы на формирующиеся переносы, т. е. участники балинт-группы смогут контролировать свой контрперенос.

Критериями того, что контроль над контрпереносом установлен, является следующее:

1) исчезают неконтролируемые реакции на ситуацию («горизонтальность отношений») и

2) приобретается умение проверять чувства, обнаруженные в самих себе, на их интенсивность, содержание и форму («вертикальность персоны»).

После этапов рассказа и анализа следует этап моделирования новых отношений, на котором учитывается вся информация, полученная на предыдущих этапах. Обычно такие отношения требуют мужества как от врача, так и от пациента — мужества формировать глубокие, но осознанные взаимоотношения, основанные не на разыгрывании невротических паттернов, а на доверии и ответственности. Эффективным результатом работы балинт-группы, по словам Балинта, является «существенная, хотя и ограниченная перестройка личности». Под этим понимается изменение двух базовых параметров:

1) снижение тревоги и влияния механизмов психологической защиты (в том виде, в каком они проявляются в процессе переноса на руководителя, группу и отдельных участников, или в бессознательном выборе случаев, на которые проецируются собственные бессознательные проблемы) и

2) формирование «психосоциальной компетентности», наиболее важным компонентом которой служит эмпатия.

Те же принципы действуют и в случае рассмотрения проблем, связанных с отношениями между высшим и средним медицинским персоналом, техническими работниками, а также медицинскими работниками и представителями различных социальных институтов. Так, например, совместная работа в одной балинт-группе опытных врачей и студентов-медиков, медсестер, санитаров, социальных работников способствует интенсивному обмену опытом как в профессиональном, так и в личном плане (например, по поводу разрешения проблемы «отцов и детей», внедрения в лечебную практику новых, современных методик лечения, культурно-этнических особенностей некоторых контингентов больных, возможностей и несовершенства действующего законодательства и т. п.).

Литература.

Беннис У., Шепард Г. Теория группового развития // Современная зарубежная социальная психология: Тексты. — М., 1984. — С. 142-161.

ван Вик Ю. Е. Действующие факторы групповой аналитической терапии // Психоаналитический журнал Харьковского областного психоаналитического общества. — 2001. — № 2. — С. 57-80.

Гринберг Л., Сор Д., де Бьяченди Э. Т. Введение в работы У. Байона: группы // Психоаналитический журнал Харьковского областного психоаналитического общества. — 2001. — № 2. — С. 22-43.

Группа-анализ: Избранные статьи. — СПб., 1998.

Группо-аналитическая социо- и психотерапия: Методы и принципы / Сост. В. И. Натаров. — СПб., 1993.

Дидерихс-Пешке В. Групповой процесс и групповые феномены в ходе групповой аналитической работы // Психоаналитический журнал Харьковского областного психоаналитического общества. — 2001. — № 2. — С. 44-56.

Кеннард Д., Робертс Дж., Уинтер Д. Групп-аналитическая психотерапия. — СПб., 2002.

Кернберг О. Агрессия при расстройствах личности. — М., 1998.

Куттер П. Современный психоанализ: Введение в психологию бессознательных процессов. — СПб., 1997.

Куттер П. Элементы групповой терапии: Введение в психоаналитическую практику. — СПб., 1998.

Ормонт Л. Р. Заключение контракта между аналитиком и вновь сформированной терапевтической группой // Психоаналитический журнал Харьковского областного психоаналитического общества. — 2001. — № 2. — С. 99-108.

Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб., 1998.

Романов И. Ю. Психоанализ и группы // Журнал практической психологии и психоанализа. — 2003. — № 3.

Рутан Дж., Стоун У. Психодинамическая групповая психотерапия. — СПб., 2002.

Славсон С. Р. Группа сложных девочек // Знаменитые случаи из практики психоанализа. — Киев, 1995. — С. 255-283.

Фрейд З. Массовая психология и анализ человеческого «Я» // Я и Оно: Труды разных лет. — Тбилиси, 1991. — Т. 2.

Фоулкес З. Х. Психотерапия и групповая психотерапия // Психоаналитический журнал Харьковского областного психоаналитического общества. — 2001. — № 2. — С. 8-21.

Холл К. С., Линдсей Г. Теории личности / Пер. с англ. И. Б. Гриншпун. — М., 2000.

Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии. — СПб., 2000.

Bion W. R. Experiences in Groups. — L., 1961.

Foulkes S. H. Group Psychotherapy. — L., 1957.

Foulkes S. H. Therapeutic Group Analysis. — L., 1964.

Foulkes S. H. Group-Analytic Psychotherapy. — L., 1975.

Nitson M. Early Development: Linking the individual and the Group // Group Analysis. — V. 21 (1988). — P. 345-362.

Nitsun M. The anti-group: destructive forces in the group and their therapeutic potential // Group Analysis. — V. 24. (1991) — P. 7-20.

Roberts J. Foulkes' concept of the matrix // Group Analysis. — V. 15. (1983) — № 2. — P. 111-126.

The practice of group analysis / Edited by Jeff Roberts and Malkolm Pines. — L., 1991.

Zinkin L. Malignant mirroring // Group Analysis. — V. 16. (1983) — № 2. — P. 113-126.

Глава 3. Индивидуальная психология Альфреда Адлера.

Альфред Адлер родился 7 февраля 1870 г. в Пенциге (предместье Вены) в семье небогатого еврейского торговца зерном. Однако в отличие от З. Фрейда, выросшего в районе, напоминавшем гетто, и на всю жизнь сохранившего ощущение преследуемого меньшинства, Адлер легко принял свое этническое происхождение, никогда не обращался к теме антисемитизма, а в зрелые годы даже принял протестантскую веру.

Он стал третьим ребенком в семье, имевшей шесть детей. По свидетельствам биографов, до двух лет эмоционально Адлер был более привязан к матери, но после рождения младшего брата стал более близок к отцу, чьим любимцем оставался в течение всего детства. Он рос достаточно болезненным ребенком, и мир его детства был полон ощущений бессилия и боли, картин смерти и похорон. Так, он очень рано переболел рахитом, последствия которого ощущал еще долгое время; он поздно начал ходить, плохо владел своим телом. Когда ему было три года, в постельке, стоявшей рядом с его постелью, умер младший брат. Как пишет сам Адлер, у него было «беспризорное детство на улицах Вены» (Сидоренко, с. 10). Из-за невозможности играть со сверстниками в активные игры большую часть времени он проводил за книгами. В гимназии он страдал от одиночества, неудовлетворенности и непринятия своего тела, постоянной болезненности.

Из школьной биографии Адлера хорошо известен случай, когда учитель математики, в связи с тем что Адлера пришлось оставить на второй год, посоветовал его отцу забрать сына из школы и отдать в ученики к сапожнику, так как «он, видимо, не способен ни на что другое» (Хьелл, Зиглер, с. 163). Но отец отказался, и через некоторое время Адлер стал лучшим учеником в классе по математике. Позже он писал: «Если бы отец последовал этому совету и позволил мне стать сапожником, я, вероятно, хорошо преуспел бы в этом ремесле, но тогда я всю свою жизнь находился бы в убеждении, что существует такая вещь, как неспособность к математике» (Orgler, p. 3).

В 1895 г. Адлер окончил Венский университет и начал практиковать как врач-офтальмолог и общий терапевт в самых бедных районах города. В это

же время он примкнул к социал-демократическому движению. Увлечение социалистическими идеями привело Адлера к изучению взаимосвязи условий труда и профзаболеваний. В 1898-1903 гг. он опубликовал несколько статей по проблемам социальной гигиены.

В 1901 г. Адлер выступил в печати с рядом статей, где защищал от нападок работы Фрейда, после чего по приглашению последнего вступил в кружок, собиравшийся по средам на квартире Фрейда и позже получивший название Венского психоаналитического общества. Хотя во многих работах по истории психотерапии Адлера упоминают как ученика и чуть ли не студента Фрейда, на момент их встречи он уже состоялся как врач.

В 1907 г. Адлер опубликовал свою первую крупную психологическую статью «Исследование недостаточности органов и ее психической компенсации». Идеи, выдвинутые в ней, заслужили достаточно высокую оценку Фрейда. Однако последующая его работа, посвященная инстинкту агрессии (1908), натолкнулось на неодобрение Фрейда[66]. Расхождение во взглядах усилилось и, усугубленное личным конфликтом[67], завершилось тем, что в 1911 г. 10 из 23 членов Психоаналитического общества (большинство из которых были социал-демократами) покинули его и создали Общество свободного психоанализа, которое в 1912 г. было переименовано в Общество Индивидуальной психологии.

В 1914 г., во время Первой мировой войны Адлер добровольно поступил на службу в армию в качестве военного врача и занимался лечением нервно-психических расстройств в Кракове, Брно и Вене. После окончания войны он сосредоточил все свои силы и знания на проблеме воспитания детей и воспитания воспитателей. По удачному стечению обстоятельств именно в это время правительство первой Австрийской республики предприняло реформу образования, основные идеи которой во многом совпадали с идеями Адлера. Принимая в этой реформе самое активное участие, в 1919-1924 гг. он проводил еженедельные семинары по психологии детей и подростков, а затем по

---

[66] Гораздо позже, когда Адлер уже отказался от теории инстинктов, а Фрейд развил концепцию влечения к смерти, Адлер провозгласил: «Я обогатил психоанализ агрессивным влечением. Я с радостью преподнес им его в дар!».

[67] В 1910 г. на психоаналитическом конгрессе в Веймаре по настоянию Фрейда было внесено предложение в обязательном порядке направлять все научные статьи на проверку К. Г. Юнгу, которого Фрейд считал своим «кронпринцем» и преемником. Это предложение Адлер расценил как ущемление свободы и выразил бурный протест. Пытаясь смягчить ситуацию, Фрейд сделал Адлера президентом Венского психоаналитического общества и вместе с В. Штекелем, соредактором психоаналитического журнала. Но в 1911 г. Адлер выступил перед членами психоаналитического общества с четырьмя лекциями под названием «Критика фрейдовской сексуальной теории эмоциональной жизни». «Горячность боя превзошла все, что до сих пор приходилось переживать в кружке, уже видавшем виды» (Виттельс, с. 124). На следующем заседании один из самых незначительных членов кружка предложил Адлеру «покинуть общество, с главой которого у него полное расхождение» (там же). Ф. Виттельс, один из историков психоанализа, так пишет об этом: «Адлера, которого Фрейд, по-видимому не без основания, считал честолюбивым, он окружил почетом, что вызвало обиду со стороны других участников кружка, не удовлетворив Адлера... Адлер — сам приземистый и неуклюжий, до сих пор у меня перед глазами за столом кружка Фрейда, с вечной сигарой во рту; на диалекте добродушного венского обывателя он то и дело возвращался к своей мысли о неполноценности органов... Этот на редкость умный человек пренебрегает почти всем, что создало славу психоанализу; вместо этого он пожинает дешевые лавры среди представителей так называемого здравого смысла, который видит вещи такими, какими их видели всегда, и отказывается от более глубоких познаний, если они противоречат традиционному вчерашнему» (там же, с. 121 — 125).

психологии великих людей и по проблемам социальной психологии в академии «Народный дом». В 1923-1928 гг. Адлер прочел курс лекций «Проблемы детей в школе» в Педагогическом институте Вены на факультете коррекционного обучения. Кроме того, начиная с 1920 г. Адлер уделял много времени практической работе в воспитательных консультативных центрах. Первый центр был организован при «Народном доме» и предназначался для подготовки учителей, а к 1929 г. в Вене насчитывалось уже 28 таких центров.[68] В 1931 г. была создана экспериментальная школа Индивидуальной психологии. Но в связи с экспансией немецкого национал-социализма в 1935 г. Адлер переехал в США, где с 1926 г. почти каждую зиму читал курс лекций в Колумбийском университете. Стремясь донести гуманистические идеи индивидуальной психологии до как можно большего количества людей, Адлер, несмотря на серьезную опасность, продолжал выезжать в Европу для чтения лекций и демонстрации методов своей работы. 28 мая 1937 г. в шотландском городе Абердине он умер от внезапного сердечного приступа по пути на собственную лекцию.[69]

Генезис невроза.

Как и ортодоксальный психоанализ, индивидуальная психология видит корни невроза в инфантильном опыте. Но качественное отличие состоит в том, что его причинами индивидуальная психология считает не особенности психосексуального развития личности, механизмов психологических защит, объектных отношений и т. п. а чувство собственной недостаточности, специфическую борьбу за ее преодоление, развитость социального интереса и тип жизненного стиля личности. Вероятно, на формировании этой концепции в определенной степени сказались особенности раннего опыта ее создателя. Рассмотрим каждую из причин невроза.

Эволюция взглядов Адлера на **ощущение недостаточности и борьбу за ее преодоление** прошла несколько этапов. В своей статье 1907 г. «Исследование недоразвития органов и их психической компенсации» Адлер проводил мысль о том, что физиологическая **недостаточность** может быть компенсирована развитием других органов или функций. Логика его размышлений заключалась в следующем. Поскольку разные органы и функции человеческого организма развиваются неравномерно, на каждой стадии онтогенеза существует ситуация, когда некоторые органы оказываются сильнее других, а неко-

---

[68] Зимой 1927-1928 гг. в новом Институте ведения детей в Нью-Йорке его слушал молодой интерн К. Роджерс. «Приученный к довольно жесткому фрейдистскому подходу, который практиковался в нашем институте, — необходимы были 75-страничные истории болезни и изнуряющие батареи тестов, прежде чем ты мог лишь подумать об оказании "терапевтической помощи", — я был поражен очень прямой и обманчиво простой манерой д-ра Адлера непосредственно обращаться к ребенку или его родителям. Потребовалось длительное время, пока я понял, сколь многому я у него научился» (цит. по: Сидоренко, с. 15).

[69] Когда Фрейд узнал о его смерти, он написал своему другу, который был очень расстроен этим известием: «Мне непонятна Ваша симпатия к Адлеру. Для еврейского мальчика из пригорода Вены смерть в Абердине уже сама по себе — неслыханная карьера и доказательство того, как он преуспел. На самом деле мир щедро вознаградил его за старания на ниве опровержения психоанализа» (цит. по: Хьелл, Зиглер, с. 164).

торые — слабее. В дальнейшем человек чаще всего страдает от болезней того органа, который был менее развит, был как бы «неполноценным» с рождения. Соответственно индивид либо начинает беречь самый слабый орган, усиливая другие органы и функции (**компенсация**), либо интенсивно и продолжительно упражняет его (**сверхкомпенсация**). Иногда эти усилия настолько серьезны и продолжительны, что компенсирующие органы или сам слабейший орган становятся гораздо более сильными, чем в норме.

В свойственной мыслителям конца XIX в. манере совершать экскурсы в историю цивилизации, Адлер писал: «Многие из наиболее выдающихся людей, внесших огромный вклад в культуру, начинали с несовершенных органов; зачастую у них было плохое здоровье и они рано умирали. И именно от тех людей, которые жестоко боролись с трудностями, причиняемыми их собственным телом, как если бы это были внешние обстоятельства, — именно от этих людей мы получили больше всего пользы и возможностей для продвижения вперед. Борьба усилила их, и они пошли дальше» (цит. по: Сидоренко, с. 23). В качестве иллюстраций этого положения он приводил примеры из жизни великих людей (Демосфена, Э. Мане и др.) или случаи из своей медицинской практики с артистами цирка, которые, демонстрируя «чудеса ловкости и отваги» на арене, как правило, в реальной жизни отличались малым ростом и имели многочисленные физические недостатки.

Несколько позже он экстраполировал этот феномен не только на физиологическое, но и на личностное развитие. Исходя из того биологического факта, что при рождении человеческий ребенок наиболее неприспособлен по сравнению с детенышами животных, Адлер делал вывод, что «на протяжении всего периода развития ребенок испытывает чувство, что он уступает в чем-то как своим родителям, так и всему миру в целом. Вследствие незрелости его органов, его неопределенности и несамостоятельности, вследствие его потребности опираться на более сильные натуры и из-за часто возникающего болезненного ощущения подчиненности другим у ребенка развивается чувство несостоятельности, которое затем проявляется на протяжении всей жизни... Быть человеком — значит ощущать свою недостаточность» (цит. по: Сидоренко, с. 23).

С этой точки зрения универсальное генерализованное ощущение недостаточности рассматривается как первичный процесс, а сензитивность к индивидуальному физиологическому несовершенству и выбор какого-либо органа или функции для конкретизации ощущения недостаточности — как вторичный процесс. Дж. Манастер и Р. Корзини приводят в пример ребенка, нуждавшегося в очках. Знание о проблемах со зрением («Так вот в чем дело! Это и есть объяснение отставания. Если бы только у меня было хорошее зрение!») приходит позже ощущения несовершенства, но становится его объяснением и оправданием.

Однако «ни одно человеческое существо не может долго выносить чувства своей несостоятельности, оно ввергает его в такое напряжение, что требуется хоть какое-нибудь действие» (цит. по: Сидоренко, с. 24). Именно поэтому

ощущение собственной беспомощности стимулирует у индивида процесс развития. Именно в попытках побороть чувство недостаточности, в развитии потенциальных возможностей и достижении совершенства в какой-либо области Адлер видел движущую силу развития.

Поначалу для обозначения борьбы против ощущения недостаточности им использовалось понятие **«потребность завершения»**, отражающее врожденное стремление людей к целостности. Однако большую известность приобрели другие термины: немецкий *Streben nach Macht* — «стремление к силе» и английский *mastery* — термин, который можно перевести и как «мастерство, совершенное владение», и как «господство, власть». Как отмечают Дж. Манастер и Р. Корзини, именно эти термины сделали возможными разные искаженные толкования этого понятия, поскольку их можно трактовать как *господство над другими людьми*. Между тем, как повторяют последователи Адлера, он имел в виду *использование собственных возможностей для овладения сложившимися обстоятельствами и решения необходимых задач*.

Описывая процесс развития ребенка и его стремление преодолеть свою недостаточность, Адлер использовал также неоднозначное понятие **«мужского протеста»**. Он считал, что ощущение недостаточности несет в себе компонент женского начала, в то время как овладение недостаточностью является проявлением мужественности. Соответственно независимо от биологического пола в полоролевом аспекте ребенок будет выражать свою слабость по-женски, а протест — по-мужски. «И нормальное стремление ребенка приютиться возле кого-то, и преувеличенная покорность невротически предрасположенного индивидуума, и ощущение слабости, и чувство несостоятельности, усиливаемое повышенной чувствительностью, и понимание своей никчемности, и ощущение, что тебя постоянно отталкивают куда-то в сторону и что преимущества не на твоей стороне, — все это, вместе взятое, ощущается как нечто женское. В противоположность этому активная борьба, стремление к самоутверждению, пробуждение инстинктов и страстей — все это с вызовом выплескивается и мальчиком, и девочкой как некий мужской протест. Так, на основании ложных суждений, которые, однако, усиленно поддерживаются нашей социальной жизнью, у ребенка развивается некий **психический гермафродитизм**» (цит. по: Сидоренко, с. 25).

Видя в этом гермафродитизме «один из типичных источников развития невроза или психоза» (там же), Адлер описал следующий механизм психопатологического развития: «Идеализация мужественности налагает на мальчика или подрастающего мужчину обязанность если не быть, то казаться выше по отношению к женщине. Это ведет к тому, что он перестает верить самому себе, начинает преувеличивать свои требования и ожидания от жизни и чувствовать себя более незащищенным. С другой стороны, маленькая девочка чувствует, что она ценится меньше, чем мальчик. Это толкает ее либо к преувеличенным попыткам преодолеть это несоответствие путем борьбы по всем направлениям реальной или кажущейся недооценки, либо, напротив, к признанию того, что она, как и предполагалось, в чем-то уступает...» (там

же). Педагогический вывод, который он делал из всего вышесказанного, — «надо привести ребенка к пониманию равноценности обоих полов» (там же).

В связи с неоднозначностью этого понятия, стремясь подчеркнуть пронизывающую его идею становления, в более поздних работах Адлер обращается к новым понятиям: **стремление к превосходству** и **стремление к совершенствованию.** Чувствуя имеющуюся и в них неоднозначность, Адлер использовал их как взаимозаменяемые — «совершенствоваться — значит в чем-то превзойти самого себя» (Manaster, Corsini, p. 75).

Наряду с гуманистическими идеями о «стремлении к самосовершенствованию» индивидуальная психология выделяет и те возможные препятствия, которые могут его останавливать или затруднять — «такие ситуации детства, из которых ребенком часто выводится весьма ошибочное представление о жизни» (цит. по: Сидоренко, с. 27).

Первое такое препятствие состоит в **органическом несовершенстве органов**.

К органическим недостаткам, способным существенно повлиять на личностный рост, Адлер относил врожденные уродства, слабость и болезненность, моторное недоразвитие (неуклюжесть, косолапость и т. п.), недостатки конституции (слишком маленький или большой рост, кривые ноги и пр.), недостатки органов чувств (косоглазие, близорукость, тугоухость и др.), органические и функциональные заболевания внутренних органов, психоневрологические дефекты (заикание, глазные тики, энурез, энкопрез и т. д.), а также «леворукость». Кроме того, «к этой области могут быть отнесены любые признаки, за которые ребенка часто подвергали оскорблениям, унижениям, насмешкам или наказаниям» (там же).

Разбирая влияние этого препятствия на развитие личности ребенка, Адлер пишет: «Если рядом с ними не окажется человека, который отвлечет их внимание от них самих и заинтересует их другими людьми, они, скорее всего, будут заниматься в основном своими собственными ощущениями. Позже, сравнивая себя с окружающими, они совсем потеряют уверенность, и может случиться даже в нашей нынешней цивилизации, что ощущение отставания у них будет еще и усилено жалостью, насмешками или избеганием со стороны товарищей. Все эти обстоятельства могут заставить уйти в себя, потерять надежду внести вклад в общую жизнь и начать считать себя лично оскорбленными этим миром» (там же).

Вместе с тем Адлер предупреждает, что на органическом несовершенстве не следует строить детерминистической теории (наподобие, например, царившего в психиатрии середины XIX в. учения о дегенерации). «С самого начала я искал способы преодоления этих трудностей, а вовсе не основания для перекладывания ответственности за неудачи на наследственность или физическое состояние. Никакое несовершенство органов не влечет за собой ошибочного стиля жизни. Мы никогда не найдем двух детей, чьи железы одинаково повлияли на них. Мы не можем судить по телу, будет ли развитие души

хорошим или плохим. До сих пор, однако, большая часть детей, которые начинали развитие с несовершенных органов и несовершенных желез, воспитывались не в правильном направлении: никто не смог понять их трудностей, и они стали интересоваться главным образом самими собой. Именно по этой причине мы находим такое большое количество неудачников среди детей, чьи ранние годы были обременены несовершенными органами...» (там же, с. 28).

Второй вид препятствий — **чрезмерная опека** и **избалованность.** Адлер объяснял патологическое влияние избалованности следующим образом: «Избалованный ребенок приучен ожидать, что его желания будут считаться законом. Ему предоставляли особое положение, когда он еще ничего не делал, чтобы заслужить его, и обычно такой ребенок начинает считать свое особое положение врожденным правом. Впоследствии, когда он попадает в обстоятельства, где уже не является центром внимания и где другие люди не ставят своей главной целью учитывать его чувства, он страшно теряется: он чувствует, что мир пренебрег им. Его приучили ждать чего-то от других, а не давать. Он никогда не учился как-то иначе разрешать проблемы. Ему так услуживали, что он потерял независимость и даже не знает, что сам может что-то сделать. Он интересовался исключительно собой и так и не узнал, насколько полезно и необходимо сотрудничество. Когда возникают трудности, у него есть только один способ встретить их — требовать чего-нибудь от других людей. Ему кажется, что ситуацию можно исправить, только если он восстановит свое особое положение и сможет заставить других людей признать, что он — человек особенный и должен получать все, что хочет.

Такие избалованные дети, вырастая, становятся, вероятно, самым опасным классом нашего общества. Некоторые из них торжественно заявляют о своей доброй воле: они даже могут стать очень "любящими", чтобы сохранить возможности для тиранства. Но они отказываются сотрудничать так, как обычные люди сотрудничают в своих обычных человеческих делах. Есть и другие, которые восстают более открыто: когда они перестают чувствовать приятную теплоту и подчинение, к которым привыкли, им кажется, что их предали. Они начинают думать, что общество враждебно по отношению к ним, и пытаются отомстить за себя всем вокруг. И если общество проявит враждебность к их образу жизни (что оно, несомненно, и сделает), они воспримут эту враждебность как новое доказательство того, что **именно с ними** плохо обращаются. Вот почему наказания всегда неэффективны: все, что они могут сделать, — это укрепиться во мнении, будто "другие против меня". Но выбирает ли испорченный ребенок забастовку или открытое восстание, пытается ли он доминировать через слабость или мстить через насилие — фактически он совершает одну и ту же ошибку. И действительно, иногда мы встречаем людей, которые в разное время пробуют разные методы. Но их цель остается неизменной. Им кажется: "Жить означает быть первым, быть признанным в качестве самого главного, получать все, чего я хочу", — и до тех пор, пока

они будут понимать значение жизни таким образом, любой принятый ими метод будет ошибочным» (там же, с. 28-29).

Третья ситуация препятствия — **пренебрежение.** Ребенок, которым пренебрегали, «никогда не знал, чем могут быть любовь и сотрудничество: в его понимание жизни не входят эти дружественные силы. Можно ожидать, что, когда он столкнется с проблемами жизни, то будет переоценивать их трудность и недооценивать свою способность разрешить их с помощью других и при их добром отношении. Он столкнулся с тем, что общество холодно к нему, и теперь будет ожидать, что оно всегда будет холодно. И в особенности он не будет понимать того, что может завоевать любовь и уважение полезными для других поступками. Он будет подозрительным к другим и неспособным доверять самому себе. Действительно, нет такого переживания, которое могло бы заменить бескорыстную любовь. Первая задача матери — дать своему ребенку ощущение, что можно довериться другому человеку; позже она должна расширить и усилить это чувство доверия, чтобы оно стало включать все остальное окружение ребенка. Если она не справилась с этой первой задачей — завоевать интерес, любовь и сотрудничество ребенка, — ему будет очень трудно развить социальный интерес и товарищеское чувство по отношению к окружающим. У каждого есть способность интересоваться другими; но эта способность должна упражняться и тренироваться, иначе ее развитие будет подавлено.

Если бы существовал чистый тип пренебрегаемого, ненавидимого или нежеланного ребенка, мы, вероятно, обнаружили бы, что он совершенно глух к существованию сотрудничества; что он изолирован, не способен общаться с другими людьми и совершенно несведущ в том, что могло бы помочь ему жить в сообществе людей. Но, как мы уже видели, в таких обстоятельствах человек погиб бы. Тот факт, что ребенок пережил период младенчества, — доказательство того, что ему все же предоставляли какую-то заботу и внимание. Таким образом, мы никогда не имеем дела с чистым типом пренебрегаемых детей; мы имеем дело с теми, кто получал меньше обычно получаемой детьми заботы или в чем-то был пренебрегаем, а в чем-то пет. Проще говоря, пренебрегаемый ребенок никогда не встречал другого человека, которому он мог бы полностью довериться. Очень печальный комментарий к нашей цивилизации — то, что многие не справившиеся с жизнью люди были сиротами или незаконнорожденными и что в целом мы должны относить их к группе пренебрегаемых детей» (там же, с. 29-30).

Таким образом, три препятствия на пути развития личности, возникшие в детстве, могут привести к формированию ошибочного стиля жизни в дальнейшем.

Дети с органическими несовершенствами могут потерять уверенность в своих силах и уйти в себя; избалованные дети, вместо того чтобы решать задачи жизни, будут искать окольных путей тирании (либо демонстрируя свою слабость, либо проявляя жестокость, либо и то и другое); а пренебрегаемые дети будут недооценивать свои силы и преувеличивать трудность жизненных

задач.[70] По мнению Адлера, любая из неблагоприятных ситуаций детства служит почвой для того, чтобы чувство недостаточности превратилось в *Minderwertigkeitskomplex* — термин, который в русскоязычной психологической литературе обычно переводится как **комплекс неполноценности.**[71]

Для превращения чувства недостаточности в «комплекс неполноценности» необходимо сочетание трех условий:

1) проблемы, вставшей перед человеком;

2) его неподготовленности к ее решению;

3) его убежденности в том, что он не сможет ее решить.

Кроме того, Адлер считал, что на формирование жизненного стиля личности большой отпечаток накладывает **«семейная органическая конституция»,** заключающаяся в типичных образцах семейного реагирования. В частности, он указывал на сходство поведенческих стратегий и личностных проблем у детей, занимающих определенное положение в семье (первенец, самый младший ребенок, единственный ребенок в семье и т. п.).

Говоря о том, что порядок рождения **(позиция)** ребенка имеет решающее значение, Адлер прежде всего подчеркивал аспект восприятия ребенком своей позиции. Поскольку это восприятие часто носит очень субъективный характер, у детей, находящихся в любой позиции, могут вырабатываться любые стили жизни.

Согласно этой концепции, **позиция единственного ребенка** уникальна отсутствием ситуации конкуренции. Это, вместе с особой чувствительностью к материнской любви и заботе, приводит к сильнейшему соперничеству с отцом. Кроме того, такой человек слишком долго находится под контролем матери, поэтому ожидает такой же защиты и заботы от других. Любой опыт вне центра внимания становится для него травматичным, поэтому главной особенностью его стиля жизни становятся зависимость и эгоцентризм.

Позиция первенца (старшего ребенка в семье) является наиболее привлекательной до тех пор, пока он остается единственным ребенком в семье: родители сильнее всего переживают по поводу появления первого ребенка, дарят ему безграничные любовь и заботу и т. п. При рождении второго ре-

---

[70] Комментируя описанные ошибочные жизненные стили, Адлер подчеркивал, что «...гнев точно так же может быть выражением комплекса недостаточности, как слезы или оправдания... Совсем не обязательно, что человек с сильным чувством недостаточности окажется покорным, тихим, стеснительным и безобидным человеком. Чувства недостаточности могут выражать себя тысячей способов. Попробую проиллюстрировать это анекдотом о трех ребятишках, которые впервые пришли в зоопарк. Когда они подошли к клетке со львом, один из них спрятался за материнскую юбку и сказал: "Хочу домой". Второй ребенок побледнел и задрожал, но остался стоять, где стоял, и сказал: "А я ни капельки не боюсь". Третий, свирепо уставившись на льва, спросил у матери: "Может, мне плюнуть в него?" Все три ребенка в действительности ощущали свою слабость, но каждый выражал свои чувства по-своему, в соответствии со своим жизненным стилем» (цит. по: Сидоренко, с. 31).

[71] Как отмечает Е. В. Сидоренко, в немецко-русских словарях, изданных до 1907 г., это словосочетание отсутствует. Адлер создает его из двух немецких слов: *Minder,* что означает «меньший», «малейший» и *Wert,* что переводится как «достоинство», «ценность и цена». Таким образом, употребление этого понятия индивидуальной психологии наиболее адекватно в тех случаях, когда «речь идет о меньшем достоинстве, меньшей ценности, более низком качестве, о том, что достоинству, ценности, качеству чего-то недостает; но эта недостаточность не является мерилом полного или неполного достоинства, ценности или качества. *Minderwertigkeitskomplex* — это комплекс недостаточности, а не неполноценности» (Сидоренко, с. 13).

бенка первенец попадает в травматическую ситуацию «низложенного принца», вынужденного бороться за внимание родителей. В результате провала этой борьбы (часто — с наказанием за нее со стороны родителей) первенец «приучает себя к изоляции» и осваивает стратегию выживания в одиночку, не нуждаясь в чьей-либо привязанности или одобрении. Из этого Адлер выводит такие черты его жизненного стиля, как консерватизм, притязания на лидерство и стремление к власти. Первенца также часто воспринимают как помощника, делая его хранителем семейных установок и моральных стандартов.

Позиция второго (среднего) ребенка изначально определяется его старшим братом или сестрой. Поскольку он вынужден «догонять и обгонять» их достижения, темп его развития оказывается более высоким, чем у них. Он ведет себя так, как будто состязается в беге, и если кто-то вырвется на пару шагов вперед, он поспешит его опередить. Он все время мчится на всех парах. В результате он вырастает соперничающим и честолюбивым. Стиль его жизни определяет постоянное желание доказать, что он «лучше». Из-за этого он может ставить перед собой непомерно высокие цели, что повышает возможность неудач.

Позиция последнего (самого младшего) ребенка уникальна: он никогда не лишается родительской любви в связи с рождением другого ребенка, может быть окружен заботой и любовью не только родителей, но и старших братьев и сестер, часто ему приходится пользоваться их вещами и он обладает меньшими «правами», чем они. Поэтому последний ребенок испытывает сильные чувства неполноценности и отсутствия независимости. Это обычно приводит к высокой мотивации превосходства старших братьев и сестер.[72]

Отметим, что рассмотрение семейной иерархии с точки зрения порядковой позиции описывает лишь общие психологические тенденции, не учитывающие в полной мере многие факторы. Так, например, игнорируется положение ребенка с точки зрения его пола. Дети в семьях из двух детей, в которых возможными конфигурациями являются мальчик-мальчик, девочка-девочка, мальчик-девочка и девочка-мальчик, могут не обладать сходными характеристиками, если исходить только из их позиций. В этом отношении интересно, что когда Адлер делал обобщения или давал прогноз, он всегда любил напоминать своим студентам: «К тому же все может оказаться совершенно иначе».

Идея *Gemeinschaftsgefahl,* или **социального интереса (общественного чувства)**[73] — способности интересоваться другими людьми и принимать участие в их жизни — является продолжением концепции стремления к са-

---

[72] Говоря о «борющемся младшем ребенке», Адлер видел в этом предпосылку психологического развития революционеров.

[73] Данное понятие также переведено на русский язык не вполне корректно. Можно согласиться с Е. В. Сидоренко в том, что «это понятие передается двумя немецкими терминами: *Gemeinschaftsgefuhl* — дух солидарности, общности; *Gemeinsinn* — чувство солидарности, коллективизма» (Сидоренко, с. 39). Таким образом, «речь идет об общественном чувстве, но на английский (американский) язык это перевели почему-то как "социальный интерес", а потом термин перешел и в русские реферативные журналы» (там же).

моразвитию. Очень изменившись (судя по отзывам друзей) после Первой мировой войны, Адлер стал утверждать, что стремление к достижениям должно быть борьбой за развитие всего человеческого общества, а не просто конкретного индивида. На этом этапе главный акцент в индивидуальной психологии переносится на улучшение условий человеческого существования и повышение благосостояния группы, а не на преодоление индивидуальных трудностей.

Так, уже в своей ранней работе 1908 г. Адлер отмечал, что можно видеть, как детям хочется, чтобы их обнимали, ласкали, трогали и хвалили. По его мнению, природа наделяет нас потребностью (инстинктивным стремлением) к физическому контакту, привязанности и присоединению, что является проявлением «социального чувства». Ранние детские переживания и особенности воспитания могут либо способствовать, либо препятствовать интересу к жизненному благополучию сначала близких людей, а потом и всего окружающего мира. «Для одного человека жизнь может означать: "Охранять себя от боли, закрыться в себе, остаться незатронутым..." Для других людей она может означать: "Быть заинтересованным в других людях, быть частью целого, вносить свой вклад в благополучие человечества"... Вклад — вот истинное значение жизни. Тем многим людям, у кого было другое значение ("Что я могу получить от жизни?"), как бы сама Земля говорила: "Уходите! Вы не нужны. Умрите и исчезните!"» (цит. по: Сидоренко, с. 39-40).

В связи с этим в психотерапевтической практике, основанной на теории индивидуальной психологии, психотерапевт не просто «говорит миру о разных вещах, но передает **послания,** дает **инструкции,** например: "Чтобы быть счастливым и успешным в жизни, ты должен быть хорошим в социальном смысле"».

Развивая идеи социального интереса, X. Ансбачер предложил рассматривать социальный интерес в двух аспектах — как процесс и как направленность на объект.

Социальный интерес как процесс — это ценностное отношение к жизни вообще и к тому, что находится вне индивида. Это способность «видеть глазами другого, слышать ушами другого, чувствовать сердцем другого». Как отмечает Дж. Крэнделл, «если я ценю других людей, я лучше смогу заметить, что они расстроены, огорчусь из-за этого, лучше смогу придумать, что можно сделать, чтобы помочь им, а потом сделать то, что я придумал» (Crandall, p. 181).

Процесс социального интереса может быть направлен на объекты троякого рода.

1. **Субсоциальные объекты** — неодушевленные предметы, ситуации или виды деятельности (наука, искусство и т. п.). Проявляемый к ним интерес никак не связан с собственным «Я» индивида. Способность к такой идущей изнутри заинтересованности выступает фундаментом будущего вклада индивида в развитие человечества. Но внесет человек такой вклад или нет, в зна-

чительной степени зависит от развития направленности на вторую категорию объектов.

2. **Социальные объекты** включают в себя все живое. Социальный интерес здесь проявляется как способность ценить жизнь и принять точку зрения другого. При этом интерес к собственно социальным объектам приходит позже, чем интерес к субсоциальным объектам, поэтому можно говорить о соответствующих стадиях развития социального интереса. Так, например, на субсоциальной стадии ребенок может с интересом играть с котятами и при этом мучить их, причинять им боль. На социальной стадии он уже более уважительно и трепетно относится к жизни.

3. **Супрасоциальные объекты** — это как живые, так и неживые объекты. Социальный интерес здесь означает полный выход за пределы самого себя и единство со всей полнотой мира, это «космическое чувство и отражение общности всего космоса и жизни в нас», «тесный союз с жизнью как целым».

Таблица 3.1. Чувства, мысли и характеристики повеления человека, отражающие развитость у него социального интереса (по Kaplan H. B. A Guide to Explain, Social, Interest to Laypersons // Individual Psychology. — 1991. — Vol. 47. — № 1. — P. 82-85)[74]

Чувства	Мысли	Характеристики поведения
Принадлежности (ощущение принадлежности к группе или группам).	Я — человек, и мои общественные права и обязанности равны правам и обязанностям других людей.	**Помощь** (готовность использовать свои возможности, знания или способности для оказания поддержки другим людям).
«Ты здесь дома» (ощущение легкости и комфорта при взаимодействии с другими людьми).	Можно достичь моих личных целей так, чтобы это совпадало с общественным благом.	**Щедрость** (готовность поделиться тем, что тебе принадлежит).
Общности (ощущение многих связей, объединяющих с другими людьми и делающих тебя во многом похожим на них).	Процветание и выживание общества зависит от решимости и способности его членов научиться гармонично сосуществовать друг с другом.	**Участие** (присоединение к групповой деятельности, готовность участвовать в ней).

[74] В специальном номере журнала *Individual Psychology: The Journal of Adlerian Theory, Research and Practice* (№ 1, 1991 г.) приводится перечень чувств, мыслей и характеристик поведения человека, отражающих развитость у него социального интереса.

Вера в других (чувство, что в каждом человеке есть нечто хорошее).	Я убежден, что надо поступать по отношению к другим людям так, как мне хотелось бы, чтобы они поступали по отношению ко мне.	**Уважение** (готовность признавать чужие права, знания и опыт).
Мужество быть несовершенным (ощущение того, что делать ошибки естественно и что не надо стараться всегда быть «первым», «лучшим», «самым известным» во всех своих начинаниях).	Общей оценкой моей личности будет та степень, в которой я способствовал благополучию общества.	**Сотрудничество** (стремление работать или играть вместе ради достижения общей цели или общей пользы).
Ощущение себя человеком (ощущение себя частью всего человечества).		**Компромисс или гибкость** (готовность идти на уступки для достижения взаимно приемлемых решений проблем и конфликтов).
Оптимизм (ощущение, что мир можно улучшить).		**Эмпатия** (умение показать другим, что ты понимаешь и ценишь их мысли и чувства). **Ободрение** (способность мотивировать других людей). **Преобразование** (улучшение социальных условий для общей пользы).

Для диагностики социального интереса используются вопросники, шкалы наблюдения и проективные методы. Но необходимо отметить, что, как показывают некоторые специальные исследования, различные методики измерения социального интереса дают различные результаты, что в первую очередь обусловлено склонностью опрашиваемых давать социально желательные ответы.

Шкала социального интереса *(SIS — Social Interest Scale)* /9- P.106-114/ представляет собой список из 24 пар личностных качеств. В каждой паре ис-

пытуемый должен выбрать одно из качеств, промежуточные ответы не допускаются.[75]

Испытуемому дается следующая инструкция: «Ниже приведены пары личностных качеств, или черт. В каждой паре подчеркните качество, которое вы цените более высоко. Совершая выбор, спросите себя, каким из двух качеств вы предпочли бы обладать как одной из *ваших собственных* характеристик. Рассмотрим, например, первую пару: одаренный воображением — рациональный. Если бы вы должны были выбирать, каким бы вы предпочли быть? Подчеркните в каждой паре ту характеристику, которую вы выбрали. Некоторые из качеств будут встречаться дважды, но в разных сочетаниях: ни одна пара не повторится».

Далее приводится список личностных черт, начинающийся словами «Я предпочел бы быть».

1. Одаренным воображением — Рациональным
2. Полезным — Сообразительным
3. Умелым — Сопереживающим другим
4. Уравновешенным — Продуктивным
5. Интеллектуальным — Деликатным
6. Надежным — Честолюбивым
7. Уважающим других — Оригинальным
8. Творческим — Здравомыслящим
9. Великодушным — Особенным
10. Ответственным — Оригинальным
11. Способным — Принимающим других
12. Заслуживающим доверия — Умудренным опытом
13. Умелым — Логически мыслящим
14. Прощающим других — Утонченным
15. Продуктивным — Уважающим других
16. Практичным — Уверенным в своих силах
17. Способным — Независимым
18. Энергичным — Способным сотрудничать
19. Одаренным воображением — Полезным
20. Реалистичным — Высоконравственным
21. Деликатным — Умудренным опытом

---

[75] Шкала была построена на основе суждений экспертов о степени связи каждого из 90 первоначально отобранных Дж. Кренделлом качеств с социальным чувством и поведением. По результатам ранжирования были отобраны сначала 48, а в окончательном варианте — 15 пар различных черт. Каждая пара создавалась так, чтобы в максимально возможной степени уравнять общую желательность каждой из двух черт и при этом максимизировать контрастность их отношения к социальному интересу. Некоторые черты встречаются дважды, но всякий раз в новых сочетаниях. Шкала содержит также 9 буферных пунктов, ответы на которые не учитываются.

22. Сопереживающим другим — Особенным

23. Честолюбивым — Терпеливым

24. Трезвомыслящим — Сообразительным

Показатель социального интереса определяется по сумме ключевых ответов: в парах 2, 7, 9, 12, 14, 21 и 22 — по одному баллу начисляется за первую черту пары; в парах 3, 5, 11, 15, 18, 19, 20 и 23 — за вторую. Пары 1, 4, 6, 8, 10, 13, 16, 17 и 24 являются буферными и баллы за ответы на них не начисляются.

Дж. Кренделл установил, что у людей с высоким социальным интересом самооценка после неудачи в личностно значимых заданиях стабильнее и что для них более характерен внутренний локус контроля. Для людей с низким социальным интересом характерно более негативное отношение к собственным родителям и к ранним переживаниям детства. По сравнению с теми, у кого более высокий социальный интерес, они преувеличивают значение прошлого опыта для своей нынешней жизни. Кроме того, Дж. Кренделл экспериментально доказал возможность ситуативного обуславливания колебаний социального интереса. Оказалось, что социальный интерес снижается после неудачи в важном задании, в период надвигающейся экзаменационной сессии и даже после воздействия на человека громким звуком.

Шкала социального интереса в групповой психотерапии *(Group Psychotherapy Social Interest Scale)* /10- P.97-100/ используется для оценки наблюдаемого поведения участника психотерапевтической группы. Оценка производится следующим образом: 1 балл за ответ «да» для высказываний без звездочки и 1 балл за ответ «нет» для высказываний со звездочкой (*).

1. Вовремя приходит на встречи (в 90% случаев опаздывает не более чем на 5 минут).

2. Редко пропускает сессии (приходит по крайней мере в 90% случаев).

3. Справляется о других членах группы, если они отсутствуют.

4. Вербально реагирует на одежду, позы и выражение лица других членов группы.

5. Интересуется другими участниками.

6. Замечает изменения в поведении других участников.

7. Обсуждает в группе свои личные достижения и неудачи.

8. Выражает мысли и чувства достаточно ясно, чтобы члены группы могли его понять.

9. Упоминает прежние групповые дискуссии.

10. Не забывает имен других членов группы.

11*. Его легко обидеть или смутить.

12*. Любит командовать.

13. Пытается защититься, если кто-либо из членов группы нападает на него.

14*. Когда говорят другие, своей позой или выражением лица демонстрирует поглощенность собой или скуку.

15*. Прерывает другого участника, чтобы начать собственный длинный монолог.

16. Обращается главным образом к группе, а не к терапевту.

17*. Заявляет другим участникам группы, что чувствует себя выше или ниже их.

18*. Делает резкие замечания другим участникам группы.

19. То, что он говорит, вызывает интерес у других участников группы.

20. Бывает, что участники группы ему снятся.

21. Пытается вовлечь в групповую дискуссию более тихих участников группы.

22. Выражает симпатию или неприязненные чувства другим участникам группы.

23. Словесно выражает сочувствие и сопереживание другим участникам группы.

24. Делает личные замечания в адрес терапевта.

25. Выражает озабоченность последствиями различных взаимодействий между членами группы.

26. Поддерживает надежду в других участниках.

27. Без всяких подталкиваний участвует в групповых дискуссиях.

28*. Проявляет подозрительность в отношении мотивов терапевта.

29. Стремится общаться с членами группы вне сессий.

30*. Стесняется кому-либо рассказывать о том, что проходит курс терапии.

31. Выражает свои чувства по поводу чьего-либо вхождения в группу или выхода из нее.

Разброс оценок по шкале составил у автора методики диапазон от 12 до 29 баллов при среднем значении в 19,29 балла и стандартном отклонении 4,97 балла. Оценки по шкале оказались положительно связанными с самооценками участников четырех терапевтических групп по показателю «Мой вклад в благополучие других пациентов».

Соотношение между двумя главными личностными силами — социальным интересом и стремлением к превосходству в теории индивидуальной психологии Адлера описывается понятием **жизненного стиля личности.**

Впервые термин «жизненный стиль» Адлер использовал в 1926 г. До этого он использовал другие термины — «направляющий образ», «форма жизни», «линия жизни», «жизненный план», «линия развития целостной личности». Как отмечает Е. В. Сидоренко, «именно понятие стиля жизни придает телеологичность всей концепции Адлера» (Сидоренко, с. 50).

Жизненный стиль — это «значение, которое человек придает миру и самому себе, его цели, направленность его устремлений и те подходы, которые

он использует при решении жизненных проблем» (там же). Жизненный стиль характеризуется: 1) очень ранним формированием; 2) ошибочностью; 3) устойчивостью.

Адлер так описывает процесс формирования жизненного стиля: «Уже младенец стремится оцепить свои собственные силы и свой удел во всей той жизни, которая окружает его... Значение жизни постигается в первые четыре или пять лет жизни, и подходит к нему человек не через математический процесс, но через блуждание в потемках, через ощущения, которые не до конца понимаются, через догадки по намекам и нащупывание объяснений... и, вероятно, что-то похожее на ошибку неизбежно вкрадывается, когда мы берем какие-то определенные переживания в качестве основы для нашей будущей жизни...

К концу пятого года жизни ребенок уже достигает единого и кристаллизованного паттерна поведения, своего собственного стиля в подходе к проблемам и задачам. В нем уже глубоко укоренилось представление о том, чего ждать от мира и самого себя. С этих пор мир воспринимается им через устойчивую схему апперцепции: переживания истолковываются еще до того, как они восприняты, и истолкование это всегда согласуется с тем первоначальным значением, которое было придано жизни» (цит. по: Сидоренко, с. 50-51).

Адлеровские описания проявления жизненного стиля во многом близки фрейдовскому пониманию «повторных компульсий». «Даже если значение, которое мы придаем жизни, является глубоко ошибочным, даже если наш подход к проблемам и задачам постоянно навлекает на нас несчастья и страдания, мы никогда легко не отказываемся от пего» (там же).

Однако существенным отличием от фрейдовских конструкций является то, что, по мнению Адлера, жизненный стиль формируется иод влиянием **творческих способностей личности (креативного Я).** Каждый человек имеет возможность свободно создавать свой собственный стиль жизни, поэтому в конечном счете люди сами ответственны за то, кем они становятся и как себя ведут. Творческие способности отвечают за цель жизни, метод достижения цели, развитие социального интереса, влияют на психические функции (восприятие, память), проявляются в фантазиях и снах. Говоря образно, можно сказать, что человек использует наследственность и окружение как строительный материал для формирования здания личности, однако в архитектуре этого здания отражается его собственный стиль.[76]

Жизненный стиль неизбежно проявляется в том, как человек решает три основные проблемы.

---

[76] Адлер состоял в переписке с южноафриканским политиком и философом Яном Сметсом, основоположником концепции **холизма.** В своих работах Смете писал о том, что целостные системы часто обладают свойствами, отсутствующими у их частей, и что существует тенденция к возрастанию организации, целостности в каждом индивиде. Адлер, сыгравший важную роль в публикации этих работ в Европе, ввел в свою теорию ряд холистических понятий.

1. **Профессиональная проблема** — «как найти занятие, которое позволило бы выжить при всех ограничениях земного мира».

2. **Проблема сотрудничества и дружбы** — «как найти такое место среди людей, чтобы можно было сотрудничать с ними и вместе с ними пользоваться преимуществами сотрудничества».

3. **Проблема любви и супружества** — «как приспособиться к тому факту, что мы существуем в двух полах и что продолжение и развитие жизни человечества зависит от нашей любовной жизни».

Адлер отмечает, что «решение одной из этих проблем помогает приблизиться к решению других... Они представляют собой разные аспекты одной и той же ситуации и одной и той же проблемы — необходимости для живых существ сохранять жизнь и продолжать жить в том окружении, которое у них есть... Решая эти три проблемы, каждый человек неминуемо проявляет свое глубинное ощущение сути жизни» (цит. по: Сидоренко, с. 51). Хотя Адлер предупреждал, что «мы не рассматриваем людей как типы, потому что у каждого человека свой, индивидуальный стиль жизни...» (там же), на основании двух измерений (социального интереса и степени активности) он выделил четыре типа жизненных стилей, являющихся лишь «концептуальным средством» для лучшего уяснения понятия:

1) социально полезный;

2) управляющий;

3) избегающий;

4) берущий.

Путем анализа вариантов соотношений двух движущих сил развития личности — стремления к превосходству (СП) и социального интереса (СИ) и их положительных (+) и отрицательных (-) сторон Е. В. Сидоренко выделила следующие жизненные стили:

	СП+	**СП-**
СИ+	Реальная компенсация	Пустые делатели добрых дел
СИ-	Псевдокомпенсация	Ненужные, никчемные

Реальная компенсация свойственна людям с высоким стремлением к превосходству и развитым социальным интересом, которые успешно справляются со всеми тремя задачами жизни. «Представим себе человека, чья любовная жизнь — это интимное и многостороннее взаимодействие, чья работа приводит к полезным результатам, у кого много друзей, а контакты с другими людьми обширны и плодотворны. О таком человеке мы можем сказать, что он воспринимает жизнь как творческую задачу, в которой много возможностей и никаких невосполнимых поражений. Смелость, с которой он встречает проблемы, передается утверждением: "Жить означает быть заинтересованным в других людях, быть частью целого, вносить свой вклад в благопо-

лучие человечества"» (цит. по: Сидоренко, с. 53-54). В определенном смысле этот жизненный стиль является идеальным, наверное поэтому ни в какой из своих работ Адлер не дает ни одного феноменологического описания случаев реальной компенсации.[77]

У **«ненужных и никчемных»** людей не развиты ни стремление к превосходству, ни социальный интерес. Это жизненный стиль тех, кого на обыденном языке называют обывателями. Эмпирические описания людей с таким жизненным стилем у Адлера также отсутствуют.

У людей с жизненным стилем **«пустых делателей добрых дел»** не развито стремление к превосходству, но развит социальный интерес. Такие люди не развивают свои способности, не компенсируют свои слабости, и поэтому их участие в других людях и попытки сделать что-то доброе могут обернуться злом. Они не понимают, как творить добро, поэтому их социальный интерес бесплоден. Обычно о них говорят как о тех, чьими «благими намерениями вымощена дорога в ад».

У людей с **псевдокомпенсационным жизненным стилем** наблюдается стремление к превосходству и нулевой или негативный социальный интерес. Если он близок к нулю — они заняты преимущественно сохранением собственного «нарциссического баланса», при выраженном негативном социальном интересе они используют других и манипулируют ими. При этом приставка «псевдо-» подчеркивает, что они стремятся к компенсации, но делают это не путем прямого преодоления проблем, а с помощью окольных способов. Адлер писал: «Представим себе, что человек потерял уверенность в своих силах; предположим, что он не может представить себе, как его реальные усилия, если даже он их предпримет, смогут улучшить его ситуацию. И этот человек тоже будет не в состоянии вынести ощущения недостаточности, и такой человек тоже будет бороться, чтобы избавиться от них; но он будет пробовать способы, которые не продвинут его вперед... Вместо того чтобы преодолевать препятствия, он будет стараться загипнотизировать самого себя, интоксицировать себя, чтобы вызвать у себя *чувство* превосходства. Если он чувствует себя слабым, то постарается переместить себя в обстоятельства, в которых почувствует себя более сильным. Он не учится тому, чтобы быть более сильным, более адекватным, он учится тому, чтобы казаться сильнее в собственных глазах» (цит. по: Сидоренко, с. 55).

Среди способов псевдокомпенсации Адлер называл:

— **«Уход в болезнь».** То, что в психоаналитических учениях считается вторичным выигрышем от симптома, Адлер выдвинул на первый план в объяснении генезиса неврозов и психосоматических расстройств. Согласно его точке зрения, любой симптом позволяет индивиду получить следующие пре-

---

[77] Справедливости ради отметим, что Адлер объяснял такое положение вещей: «Нормальные дети, если такие есть, нас не заботят. Они должны идти своим собственным путем, потому что мы можем быть уверены, что для развития у себя чувства превосходства они найдут себе цель на полезной стороне жизни. Их чувство превосходства, именно потому что оно основано на полезной стороне жизни, не является комплексом превосходства» (цит. по: Сидоренко, с. 54).

имущества: а) его неудачи находят оправдание, и он получает право избегать проблем; б) увеличиваются его возможности контролировать других людей и управлять ими; в) он может рассчитывать на помощь и сочувствие других. «В той или иной степени каждый невротик ограничивает поле своей деятельности и свои контакты со средой. Он старается держаться на расстоянии от трех истинных проблем жизни и ограничивает себя такими обстоятельствами и ситуациями, в которых надеется доминировать. Таким образом, он выстраивает себе тесный загон, закрывает дверь и проводит свою жизнь вдали от ветра, солнечного света и свежего воздуха» (цит. по: Сидоренко, с. 56).

— **«Уход в слабость».** «Такой индивидуум попытается ограничить поле своей деятельности и будет больше занят тем, чтобы избежать поражения, нежели тем, чтобы стремиться к успеху. Слезы и жалобы — средства, которые я назвал "силой воды", могут быть в высшей степени подходящим орудием, чтобы разрушить сотрудничество и свести других людей до положения рабов. У этих людей, так же как и у тех, кто страдает от застенчивости и чувства вины, комплекс недостаточности обнаруживается на поверхности. Они с готовностью признают свою слабость и свою неспособность контролировать себя. Что они будут прятать, так это завышенные цели первенства, свое желание быть первым любой ценой» (там же). Люди с подобным типом псевдокомпенсации максималистично выбирают в жизни что-то «самое-самое» — либо самое лучшее, либо, чаще всего, самое худшее. «Растяпы», «невезучие», алкоголики, жертвы общей жесткости мира и черствости окружающих — все они ищут превосходства в том, что доказывают, как они слабы и несчастны. «Самоистязающие себя святые, избрав страдание, избегают необходимости встретиться с жизнью и поддерживают в себе благородное чувство морального превосходства, которое им страшно необходимо» (Manaster, Corsini, p. 31).

— **«Леность»**. Так же как болезнь или слабость, лень служит хорошим оправданием собственных неудач и отсутствия активности и инициативы в решении жизненных задач. Некоторые стремятся скрыть этот «недостаток», в свою очередь, выстраивая над ним целый ряд «объективных» объяснений; у некоторых же он даже возводиться в ранг этакого «очаровательного изъяна» (достаточно вспомнить русские народные сказки или знаковую фигуру классической русской литературы — Илью Ильича Обломова). Кроме того, до сих пор в нашем обществе лень зачастую подвергается меньшему осуждению, нежели предприимчивость и ловкость (что находит свое отражение как на уровне бытовых анекдотов, так и на уровне культурной идеологической установки, согласно которой «лень — двигатель прогресса»).

— **«Лживость»**. Хитрость и обман могут служить целям привлечения внимания к себе или «гипнотизации» себя и других своими достижениями. Как указывает Адлер, «там, где мы наталкиваемся на ложь, нужно искать сурового родителя. Много раз правда оказывалась для ребенка опаснее лжи, и он отдавал ей предпочтение» (цит. по: Сидоренко, с. 57).

— **«Жестокий тиран»**. В основе этого вида псевдокомпенсации лежит избалованность, столкнувшаяся с принципом реальности. Мстя окружающему миру за невозможность беспрепятственно удовлетворять свои прихоти, индивид может выбрать путь тирании через слабость или путь жестокости. При этом жестокость совсем необязательно предполагает какое-то крайнее злодейство: она может проявляться через обычно невидимое семейное насилие, любовь к порядку и дисциплине, непримиримую борьбу с разного рода оппонентами (научными, политическими, религиозными и т. п.), карьерное самоутверждение, разного рода азартные и рискованные игры (в которых тиран всегда «водит»). Как обнаруживает Адлер, «не было совершено ни одного акта жестокости, который не проистекал бы из тайной слабости. Человек, который по-настоящему силен, не будет склонен к жестокости» (там же).

— **«Комплекс превосходства»**. Эта псевдокомпенсация, выступающая одновременно и как анестезия чувства недостаточности, и как психостимулятор, позволяет индивиду в блаженном «гипнозе» собственных достижений оказывать значительное позитивное или негативное влияние на других. В ее основе лежит чувство, которое Адлер описывает таким образом: «Другие люди вполне могут не заметить меня. Я должен показать им, что я не какой-нибудь там» (цит. по: Сидоренко, с. 58). Подобный тип псевдокомпенсации присущ многим учителям, вождям, гуру и т. п., однако неразвитость социального интереса делает любые их выдающиеся достижения бесполезными как для общества, так и для них самих.

— **«Самореклама».** Псевдокомпенсация по этому типу служит стремлению завоевать одобрение и признание окружающих, возникающему из базисного желания признания нашего существования. Это можно наблюдать во время детских игр, когда ребенок просит родителей посмотреть на него. Как пишет В. Кемплер (Kempler, p. 251-286), «своей невинной мудростью он понимает, что его должны признавать». Если в ответах родителей нет одобрения или неодобрения, а есть простое принятие к сведению, которое позволяет ребенку развить собственную систему ценностей в отношении своего поведения, в нем развивается ощущение самого себя и он начинает принимать свое существование. Но если родители дают ответ, содержащий, помимо констатации, некое сообщение о своем одобрении или неодобрении, ребенок очень скоро начинает искать уже не признания, а одобрения. Вместо того чтобы говорить: «Смотри на меня» он говорит: «Я хорошо это сделал, правда?».

Саморекламирующимся индивидам со временем все больше требуется постоянное подтверждение их значимости со стороны других людей, а также поддержка и защита. В отличие от индивидов с комплексом превосходства их псевдокомпенсация не имеет психостимулирующего эффекта и ведет к зависимости. Отметим, что последние два вида псевдокомпенсации могут быть в определенной степени полезными по своим результатам и скорее обладают нулевым, нежели негативным, социальным интересом.

Еще одним важным моментом в понимании жизненного стиля является идея **фикционного финализма** — положение о том, что человеческое поведение определяется целями планируемого будущего.

После идей Фрейда огромное влияние на Адлера оказала философия «как будто» *(as if)* Ханса Вайхингера, некоторые положения которой он включил в свои теории. В книге «Философия возможного» Вайхингер утверждал, что на людей сильнее влияют их ожидания в отношении будущего, чем реальные прошлые переживания. Многие люди на протяжении жизни действуют так, как если бы идеи, которыми они руководствуются, были объективно верны. Истина, согласно Вайхингеру, представляет собой «наиболее приемлемую ошибку, т. е. систему представлений, которая дает возможность нам действовать и справляться с любыми вещами наиболее быстро, четко и безопасно и с минимумом иррациональных элементов». /11/

Адлер развивал мысль о том, что основные цели человеческой жизни — фиктивные цели, так как их истинность или ложность невозможно ни подтвердить, ни опровергнуть. Они являются проявлением творческих способностей человека и его свободного выбора. Их невозможно как-либо соотнести с реальностью, поэтому они реальны только для тех, кто их принимает. Но, несмотря на это, они либо могут помогать эффективно разрешать жизненные проблемы (выступая в качестве субъективных идеалов, жизненных ориентиров), либо, напротив, быть опасными для развития личности (например, заставляя человека вести себя так, как если бы он действительно был болен).

Невроз возникает как возможность избегать некоторых решений или откладывать их, если можно компенсировать это в других областях. «Даже успешные люди впадают в невроз из-за того, что они не являются еще более успешными». /11/ Невротический симптом выражает «Я не могу, потому что я болен»; действия личности явно выдают «Я не буду, потому что может пострадать моя самооценка». Действия невротической личности соответствуют «частной логике»: человек знает, что ему нужно делать или чувствовать, но он «не может». Адлер называет такую личность «да-но» и указывает, что истоки невроза лежат еще и в утрате веры в себя и попытках спасти самооценку.

Психоз связан с теми целями, которые лежат за пределами возможностей смертного человека. «Индивидуальная психология показала, что цель превосходства может быть зафиксирована только на таких высотах, когда личность, помимо потери интереса к чужим доводам, также утратила интерес к своему благоразумию и пониманию... здравый смысл стал для нее бесполезным». /11/ Так, например, одним из вариантов «решения» псевдозадач является мания величия у психотически депрессивного пациента («Я самый худший певец всех времен») или мания величия шизофреника, который считает себя Христом.

Теория психотерапии в индивидуальной психологии.

Теория индивидуальной психотерапии основывается на положении, что психотерапия представляет собой своего рода процесс переобучения, включающий в себя одного или более терапевта и одного или более пациента, сотрудничающих друг с другом. Психотерапевтический процесс преследует следующие цели: 1) стимулирование социального интереса; 2) уменьшение чувства неполноценности и преодоление уныния, а также осознание и использование собственных ресурсов; 3) изменения в стиле жизни личности, т. е. восприятия и целей; 4) изменение ошибочной мотивации, даже если она лежит в основе приемлемого поведения или изменение ценностей; 5) осознание индивидом равенства среди своих коллег и товарищей; 6) помощь в становлении человеческим существом, делающим вклад в общее дело. При этом у клиента всегда должна сохраняться возможность выбора: «в любых обстоятельствах клиент должен иметь абсолютную свободу. Он может двинуться в сторону изменения или отказаться от него, это как ему заблагорассудится» (Ansbacher, p. 341).

Как и в любом другом направлении психотерапии динамической ориентации, начальный этап индивидуальной психотерапии по Адлеру состоит в сборе данных о личности пациента. Адлер называл пять относительно достоверных источников:

1) самые ранние детские воспоминания;

2) сновидения и грезы;

3) порядок рождения ребенка в семье;

4) трудности детства;

5) характер экзогенного фактора, обусловившего данное нарушение или болезнь.[78]

Если воспоминания и сновидения продуцируются самой личностью, то три остальных источника являются внешними по отношению к ней. В связи с этим работа адлерианского психотерапевта строиться в движении от внешних источников к внутренним.

Первичное интервью.

Адлер считал, что начинать изучение личности пациента можно с чего угодно. «Мы не можем окончательно определить значение какого-либо одного признака, прежде чем не увидим его места в структуре целого; но каждый признак говорит нам то же самое, каждый признак подталкивает нас к решению... Мы всегда должны слушать целое. Мы должны собирать намеки из множества малых признаков: из того, как человек входит в комнату, как он здоровается с нами и пожимает руку, как он улыбается, как он ходит. В ка-

[78] «Когда Адлера спрашивали, чем можно объяснить его диагностические удачи даже в тех областях, в которых он не специализировался, он отвечал с лукавинкой в глазах: "Может быть, тем, что мне удается за болезнью заметить пациента"» (Bottome, p. 146).

кой-то момент мы можем сбиться с пути, но тут явятся другие признаки, которые помогут нам исправить ошибку или утвердиться в решении» (цит. по: Сидоренко, с. 63).

Кроме того, он постоянно подчеркивал относительность «внешних данных». «Несчастливым переживаниям детства могут быть даны совершенно противоположные значения... Именно здесь индивидуальная психология прорывается через теорию детерминизма. Никакие пережитые события не являются причиной успеха или неудачи. Мы не страдаем от шока, случившегося с нами — так называемых *травм,* — но творим из них то, что соответствует нашим целям. Мы *самоопределяемся теми значениями, которые придаем происходящему с нами»* (там же).

Для исследования психологических проблем детства и прояснения событий, предшествовавших обращению к психотерапевту, Адлер составил схемы детского и взрослого первичных интервью.

Первичное интервью со взрослыми пациентами

1. На что вы жалуетесь?

2. В каком состоянии вы находились, когда впервые заметили ваши симптомы?

3. Каково сейчас ваше состояние?

4. Кто вы по профессии?

5. Опишите ваших родителей — их характер, состояние здоровья. Если они уже умерли, то какая болезнь послужила тому причиной? Каковы были ваши отношения?

6. Сколько у вас братьев и сестер? В какой последовательности вы родились? Каково их отношение к вам? Как складывается их жизнь? Болеют ли они чем-нибудь?

7. Кто был любимцем вашего отца или матери? Какого рода воспитание вы получили?

8. Есть ли у вас признаки избаловывающего воздействия в детстве: застенчивость, стеснительность, трудности в развитии дружеских связей, неаккуратность?

9. Чем вы болели в детстве и каково было ваше отношение к этим болезням?

10. Каковы ваши самые ранние детские воспоминания?

11. Чего вы боитесь или чего вы боялись больше всего?

12. Каково ваше отношение к противоположному полу? Каким оно было в детстве и в последующие годы?

13. Какая профессия интересовала вас больше всего, и если вы не выбрали ее, то почему?

14. Является ли пациент честолюбивым, сензитивным, склонным к вспышкам гнева, педантичным, доминирующим, застенчивым или нетерпеливым?[79]

15. Какие люди окружают вас в настоящее время? Являются ли они нетерпеливыми, раздражительными, любящими?

16. Как вы спите?

17. Какие у вас бывают сны? О падении, полете, повторяющиеся сны, пророческие сны, про экзамены, про то, как вы опаздываете на поезд?

18. Какие болезни были в вашем роду?

Первичное интервью с детьми

Предлагая схему первичного интервью для детей, Адлер считал, что она может помочь в определении жизненного стиля ребенка, в установлении тех влияний, которые действовали на него в процессе его формирования, и в обнаружении внешних проявлений жизненного стиля в решении задач жизни. Схема эта не формальна, и не обязательно жестко ей следовать. Помимо всего прочего, замечал Адлер, она может послужить проверкой и обобщением понимания принципов индивидуальной психологии.

1. Расстройства

а) С каких пор появились причины для жалоб?

В каком состоянии, объективно и психологически, находился ребенок, когда впервые были отмечены расстройства?

(Психотерапевту следует обращать пристальное внимание на следующие причины: 1) изменение среды; 2) начало обучения в школе; 3) смена школы; 4) смена учителя; 5) рождение брата или сестры; 6) неудачи в школе; 7) новые друзья; 8) болезни самого ребенка или его родителей; 9) развод, повторный брак или смерть родителей.)

б) Обращало ли что-нибудь на себя внимание в ребенке в его ранние годы?

Были ли это ментальная или физическая слабость, трусость, легкомыслие, скрытность, неуклюжесть, ревность, зависимость от других при еде, одевании, умывании, отходе ко сну?

Боялся ли ребенок оставаться один? Боялся ли он темноты?

Понимал ли он свою половую принадлежность, первичные, вторичные и третичные половые признаки?

Как он относился к противоположному полу?

Насколько он был осведомлен о своей половой роли?

Не является ли он пасынком или падчерицей, незаконнорожденным, отданным кому-либо на воспитание или сиротой? Как относились к нему те люди, которые его воспитывали? По-прежнему ли он в контакте с ними?

Вовремя ли он научился ходить и говорить? Не было ли трудностей?

Нормально ли появлялись зубы?

---

[79] Этот пункт отражает наблюдения консультанта.

Были ли какие-нибудь особые трудности в обучении письму, рисованию, арифметике, пению или плаванию?

Был ли он особенно привязан к какому-либо определенному лицу?

Кто это был: отец, мать, бабушка, дедушка или няня?

(Психотерапевту следует обращать внимание на: 1) любую враждебность по отношению к жизни; 2) причины, способные пробудить ощущения недостаточности; 3) тенденции отгораживаться от трудностей и от людей; 4) такие черты, как эгоизм, сензитивность, терпеливость, повышенная эмоциональность, активность, жадность и осторожность.)

в) Много ли трудностей было с ребенком?

Чего и кого он больше всего боялся?

Вскрикивал ли он по ночам?

Мочился ли он в постель?

Доминирует ли он? По отношению к более слабым детям или также и по отношению к более сильным?

Выказывал ли он сильное желание лежать в постели с одним из родителей?

Был ли он умным и сообразительным?

Часто ли его дразнили и смеялись над ним?

Гордится ли он своей внешностью — волосами, одеждой, обувью?

Ковыряет ли он в носу и грызет ли ногти?

Жаден ли он до еды?

Доводилось ли ему украсть что-нибудь?

Были ли у него трудности с дефекацией?

(С помощью этих вопросов психотерапевт пытается выяснить, насколько активно ребенок стремится к превосходству и не помешала ли адаптации его первичных потребностей к культуре непокорность.)

2. Социальные отношения

а) Легко ли он начинал дружить? Или он был склонен к ссоре, мучил людей и животных? Были ли у него привязанности к мальчикам и девочкам старше или младше его?

Любит ли он быть лидером или склонен изолировать себя?

Коллекционирует ли он что-нибудь?

Является ли он скупым или жадным в отношении денег?

(Эти вопросы отражают способность ребенка вступать в контакт и степень утраты им смелости и уверенности.)

б) Каков он сейчас во всех этих отношениях? Как он ведет себя в школе? Нравится ли ему туда ходить? Не опаздывает ли он?

Возбужден ли он перед школой и стремится ли туда?

Случается ли, что он теряет свои книги или портфель?

Волнуется ли он по поводу домашних заданий и экзаменов?

Случается ли, что он забывает или отказывается выполнять заданное на дом?

Тратит ли он время попусту?

Можно ли его назвать ленивым или праздным?

Бывает ли ему трудно или вообще невозможно сосредоточиться?

Бывают ли у него поведенческие проблемы в классе?

Как он относится к учителю? Он критичен, высокомерен или индифферентен по отношению к нему?

Просит ли он других помочь ему с уроками или ждет, пока помощь будет ему предложена?

Честолюбив ли он в каком-либо виде спорта? Не считает ли он себя совершенно неспособным или неспособным к чему-то конкретно?

Много ли он читает? Какого типа литературу он предпочитает?

Можно ли сказать, что он плохо успевает по всем предметам?

(Эти вопросы раскрывают степень готовности ребенка к школе, особенности его школьной жизни и его отношение к возникающим проблемам.)

б) Нужна точная информация о домашних условиях, заболеваниях в семье, алкоголизме, криминальных наклонностях, неврозах, дебильности, сифилисе, эпилепсии, уровне жизни, случаях смерти в семье — с указанием возраста ребенка в это время.

Не сирота ли он?

Кто доминирует в семье?

Является ли воспитание строгим, придирчивым или избаловывающим?

Не боится ли ребенок жизни? Какой надзор за ним осуществляется? Может быть, у ребенка есть мачеха или отчим?

(Благодаря этим вопросам психотерапевт может оценить семейную ситуацию ребенка и специфику тех впечатлений, которые он оттуда выносит.)

в) Каково место ребенка в последовательности рождения братьев и сестер? Является ли он старшим, младшим, единственным ребенком, единственным мальчиком из всех, единственной девочкой из всех?

Отмечались ли ревность, частый плач, злобный смех, склонность к глухому протесту по отношению к остальным детям?

(Ответы на эти вопросы значимы для понимания характера ребенка и его отношения к людям вообще.)

3. Интересы

а) Какие мысли были у ребенка по поводу выбора профессии?

Каковы профессии членов его семьи?

Удачен ли брак его родителей? Что он думает о супружестве?

(Эти вопросы позволяют психотерапевту сделать заключение о том, насколько смело и уверенно ребенок относится к будущему.)

б) Какие у него любимые игры, литературные произведения, исторические и литературные герои?

Нравится ли ему портить игру других детей?

Уходит ли он в фантазии? Или у него холодная голова и он отвергает фантазии?

(Эти вопросы позволяют установить, имеются ли у ребенка модели превосходства.)

4. Воспоминания и сновидения

а) Каковы ранние воспоминания ребенка?

Каковы его повторяющиеся или значимые для него сновидения?

Это сны о падении, полете, беспомощности, опоздании на поезд, погоне; о том, что он в плену или в заточении, или это страшные сны?

(Эти данные помогают обнаружить склонность к изоляции, внутренний призыв к осторожности, честолюбивые импульсы, тенденции к пассивности и предпочтению определенных людей.)

5. Поведение, свидетельствующее об утрате смелости и уверенности

а) По отношению к чему ребенок потерял воодушевление?

Чувствует ли он себя пренебрегаемым?

Реагирует ли он на внимание, похвалы?

Есть ли у него какие-либо суеверия?

Старается ли он избегать трудностей?

Пытается ли он пробовать свои силы в разных областях только для того, чтобы потом все бросить?

Можно ли сказать, что он не уверен в своем будущем?

Верит ли он в дурное влияние наследственности?

Можно ли сказать, что среда систематически лишала его смелости и воодушевления?

Является ли его взгляд на жизнь пессимистическим?

(Ответы на эти вопросы позволяют получить данные о том, потерял ли ребенок уверенность в себе и не ищет ли выхода в ошибочном направлении.)

б) Есть ли у ребенка какие-либо вредные привычки?

Гримасничает ли он?

Ведет ли он себя глупо, по-детски или смешно?

(Ответы на эти вопросы говорят о попытках ребенка привлечь к себе внимание.)

6. Недостаточность органов

а) Наблюдаются ли у ребенка нарушения речи?

Является ли он безобразным, неловким, косолапым? Может быть, ноги у него кривые или *X*-образные, с вывернутыми вовнутрь коленями?

Был ли у него рахит?

Может быть, он плохо развит?

Является ли он слишком приземистым, высоким или маленьким?

Есть ли у него недостатки зрения или слуха?

Не является ли он умственно отсталым?

Не левша ли он?

Храпит ли он по ночам?

Может быть, он отличается особой красотой?

(Эти вопросы затрагивают жизненные трудности, которые обычно переоцениваются ребенком. Из-за них он может надолго лишиться смелости. Аналогичное неправильное развитие можно видеть и у очень красивых детей. Они приходят к убеждению, что должны получать от других все без всяких усилий, и таким образом упускают шанс правильно подготовиться к жизни.)

7. Комплекс (симптом) недостаточности

а) Говорит ли ребенок открыто об отсутствии у себя способностей, «отсутствии таланта» к учебе в школе? К работе? Или к жизни?

Бывают ли у него мысли о самоубийстве?

Есть ли какая-либо связь во времени между его неудачами и возникновением нарушений поведения (своеволие, вступление в асоциальную группу)?

Не переоценивает ли он внешний успех?

Является ли он покорным, нетерпимым или бунтарем?

(Ответы на эти вопросы позволяют определить формы выражения утраты смелости и уверенности в разных областях. Такие признаки часто появляются после того, как попытки ребенка пробиться вперед привели к разочарованию. Произойти это может не только из-за его собственной несостоятельности, но и по причине недостаточного понимания со стороны окружающих.)

8. Ценные качества

а) Назовите те области, в которых ваш ребенок является успешным.

(Очень важно, чтобы психотерапевт правильно понял ответ на этот вопрос, так как не исключено, что интересы, склонности и подготовка ребенка указывают направление, противоположное направлению его нынешнего развития.)

Можно заметить, что система опроса, предложенная Адлером, представляет собой некое подобие спирали, в которой психотерапевт, как минимум дважды, возвращается к одним и тем же фактам и сторонам жизни ребенка, рассматривая их всякий раз под разным углом зрения.

Отметим, что в адлерианской психотерапии для обследования детей применяются также специальные опросники изучения личностного стиля ребенка. Кроме того, для изучения «органической семейной конституции» и жизненного стиля ребенка применяются рисуночные и игровые методики, например методики метафорического общения с детьми.

Методики метафорического общения с детьми.

Методики метафорического общения с детьми, или техники взаимного рассказывания историй, традиционно применяются в психодинамически ориентированной детской психотерапии. По мнению Р. Гарднера, это эффективные техники для детей пяти лет и старше, особенно если они достаточно вербально развиты.

Суть этих техник состоит в том, что ребенку предлагают самому придумать и рассказать какую-нибудь историю с началом, серединой и концом. Слушая историю, психотерапевт анализирует используемые метафоры и их психологическое значение для ребенка. После того как ребенок закончит свою историю, психотерапевт рассказывает ему в ответ другую историю, с теми же персонажами и сходным сюжетом, но с более конструктивным разрешением конфликта в конце истории. Благодаря тому что в пересказе консультанта персонажи разрешают свои проблемы и конфликты более адаптированным образом, ребенок в метафорической форме получает новые альтернативные способы овладения жизнью и миром. Естественно, что для того, чтобы консультант мог понять метафоры ребенка и эффективно использовать их в своем пересказе, ему необходимо посвятить достаточно времени и усилий тому, чтобы узнать ребенка и наладить с ним доверительные отношения. Использование методики метафорического общения с детьми в адлерианской психотерапии описано Т. Коттман и К. Стайлз. В использовании техники они основываются на концепции Р. Дрейкурса о четырех целях «плохого» поведения детей: внимании, силе, мести и неадекватности. Методика взаимного рассказывания историй в адлерианской терапии основывается на следующих положениях:

1) история, рассказанная или разыгранная с помощью игрушек и кукол, в метафорической форме отражает цели ребенка и средства их достижения;

2) психотерапевт может понять эти цели и увидеть способы их достижения;

3) своим пересказом психотерапевт может помочь ребенку осознать его ошибочные цели. Процесс осознания в методике метафорического общения с детьми проходит несколько фаз:

а) ребенок начинает понимать связь между целью своего поведения, своим реальным поведением и его последствиями;

б) ребенок учится «ловить себя» на том или ином поведении;

в) ребенок начинает предвидеть свое поведение в определенных ситуациях и заранее вырабатывать более подходящие альтернативы;

4) психотерапевт помогает ребенку найти конструктивные альтернативы поведения, способствующие достижению им ощущения собственной значимости и причастности.

Те дети, чьей целью является **внимание**, уверены, что они становятся «причастными к этому миру», только когда их замечают. В психотерапевтической сессии такие дети зачастую специально ведут себя так, чтобы тем или иным способом вынудить психотерапевта постоянно быть поблизости. Репертуар такого поведения очень широк. Это громкие крики, быстрая и непонятная речь, агрессия, негативизм по отношению к предложениям психотерапевта и т. д. Одним из контртрансферентных показателей такого детского поведения является постепенно возникающее у психотерапевта чувство **раздражения.** Если такая реакция возникает, психотерапевт может попробовать подтвердить свою гипотезу через обыгрывание вопроса: «Может быть, ты чувствуешь себя значимым только тогда, когда я постоянно обращаю на тебя внимание?».

Дети, чья цель — достижение **силы**, обычно ведут себя так, как будто они чувствуют свою причастность к окружающему миру только тогда, когда отказываются сделать то, о чем их просят. В психотерапевтических сессиях такие дети часто «тестируют реальность», постоянно проверяя рамки, установленные психотерапевтом относительно их взаимодействия в процессе работы. Они «экспериментируют» с игрушками и вещами в игровой комнате, ведут себя агрессивно по отношению к психотерапевту или тем объектам, которые могут его символизировать, проявляют упрямство, переживают приступы гнева и т. п. Типичная контртрансферентная реакция психотерапевта на эти особенности поведения — **гнев.** Для проигрывания проблемы силы он может обсудить с ребенком следующий вопрос: «Может быть, ты чувствуешь себя чего-то стоящим только тогда, когда командуешь?»

Дети, нацеленные на **месть,** уверены, что какой-то человек или какое-то обстоятельство очень сильно испортило им всю последующую жизнь. Поэтому единственный способом почувствовать собственную значимость является месть. В психотерапевтической сессии они будут сосредоточены на том, чтобы нанести психологический и даже физический вред психотерапевту, родителям или другим детям. Они могут высмеивать, пугать, рассуждать на темы мести, оскорблять, повреждать вещи, делать колкие выпады и т. п., вызывая контртрансферентное чувство того, что их задели, и желание отплатить тем же. Для обыгрывания этой проблемы терапевту необходимо поставить в фокус взаимодействия с ребенком следующий вопрос: «Может быть, ты чувствуешь себя чего-то стоящим только тогда, когда причиняешь вред мне и другим людям?» или «Может быть, тебе кажется, что кто-то навредил тебе, и тебе хочется отомстить за это?».

Дети с целью **неадекватности** убеждены, что они не способны что-либо делать. Они глубоко переживают собственную незначительность и обычно ведут себя так, как если бы чувство причастности возникало у них в тех случаях, когда от них ничего не ждут. В ходе психотерапевтической сессии они

провоцируют ситуации собственной несостоятельности, неспособности нести ответственность. Так, они могут просить психотерапевта сделать что-то за них или вообще не выражают желания хоть что-то делать и как-то взаимодействовать с терапевтом (они могут просто сидеть, стоять или лежать на одном и том же месте безо всякого стремления что-либо предпринять). Чаще всего эта манера поведения вызывает у психотерапевта контртрансферентные чувства **беспомощности, растерянности** и **обескураженности.** Чтобы разыграть эту проблемную тематику, психотерапевту необходимо поднять вопросы: «Может, ты боишься сам попробовать это сделать, потому что тебе кажется, что ты не справишься?» или «Может быть, тебе хочется, чтобы я перестал с тобой разговаривать и просто оставил тебя в покое?».

И все же самым главным методом исследования личности Адлер считал анализ ранних воспоминаний. Он писал: «Я бы не стал исследовать личность, не спрашивая о первом воспоминании» (цит. по: Сидоренко, с. 71).

Исследование ранних воспоминаний.

Метод ранних воспоминаний является центральным в практике адлерианской консультации и психотерапии. Он используется в исследовательских, диагностических и психотерапевтических целях. Такое исключительное положение метода ранних воспоминаний в системе индивидуальной психологии объясняется по крайней мере двумя причинами:

1. «В нем содержится фундаментальная оценка человеком самого себя и своего положения ...это его первое обобщение явлений, первое более или менее полное символическое выражение самого себя и тех требований, которые к нему предъявляются» (цит. по: Сидоренко, с. 72-73);

2. «Это его субъективная стартовая точка, начало автобиографии, которую он для себя создает... Поэтому мы часто обнаруживаем в нем контраст между переживавшимся тогда состоянием слабости и неадекватности и теми целями силы и безопасности, которые он считает идеальными для себя» (там же).

Адлер писал, что «каждое воспоминание, каким бы тривиальным оно ни казалось человеку, представляет для него что-то *достопамятное.* Оно говорит ему:

"Вот чего ты должен ожидать", или: "Вот чего ты должен избегать", или: "Вот что такое жизнь". И вновь мы должны подчеркнуть, что само по себе событие не так важно, как тот факт, что именно это переживание настойчиво сохраняется в памяти и используется для кристаллизации того значения, которое придается жизни. Каждое воспоминание — это напоминание» (там же). Кроме того, «воспоминания никогда не могут вступать в противоречие со стилем жизни. Если стиль жизни меняется, воспоминания тоже изменятся: человек будет вспоминать другие случаи или по-другому интерпретировать те случаи, которые он помнит» (там же).

Методика ранних воспоминаний обладает рядом как преимуществ, так и недостатков. К ее преимуществам относится следующее:

1. «Люди с готовностью идут на то, чтобы рассказать или описать свое раннее воспоминание — ведь это "просто факты", и значение их не осознается. Едва ли кто-нибудь понимает свое раннее воспоминание... Таким образом, через ранние воспоминания люди признаются в своих жизненных целях, в своем отношении к окружающим и своем взгляде на мир нейтральным и не затруднительным для себя образом» (там же).

2. «Для психологических целей безразлично, является ли воспоминание, которое человек считает первым, действительно самым ранним событием, которое он может вспомнить, и даже является ли оно вообще воспоминанием реального события. Воспоминания важны только в той мере, в какой они за таковые принимаются: их значение — в их интерпретации и в их способности переносить что-то в настоящую и будущую жизнь...» (там же).

3. Компактность и простота метода позволяют использовать его для групповых исследований.

4. Очень важен тот факт, что, как отмечает Е. В Сидоренко, метод ранних воспоминаний отвечает требованиям объективного исследования личности.[80]

К ограничениям методики ранних воспоминаний относится то, что «иногда люди не дают ответа или заверяют, что они не знают, какое событие было первым; но это само по себе уже их раскрывает. Мы можем догадаться, что они не хотят обсуждать свои фундаментальные значения и не готовы к сотрудничеству» (цит. по: Сидоренко, с. 74).

На желание и способность пациента воспроизвести какое-либо раннее воспоминание могут отрицательно влиять самые разнообразные факторы, в частности травмирующие события детства (например, инцест), изменение жизненного стиля, к которому не подходит никакое действительное воспоминание, мозговые нарушения и неврологические расстройства либо просто недостаточное доверие по отношению к психотерапевту и психотерапии. Кроме того, то, что субъект не может воспроизвести свои ранние воспоминания, часто имеет клиническое объяснение. «Эти люди не развивают у себя индивидуальных базовых убеждений и поэтому наобум бредут по жизни, по существу не представляя себе, что они такое и что такое жизнь. Они не обязательно должны быть тревожными или помешанными, скорее они растеряны, бесцельны... Наверняка им предлагали обратиться за терапевтической помощью, и они послушно обращались за ней, сами не зная почему...» (Manaster, Corsini, p. 188). Впрочем, возможен вариант, когда «люди, которые говорят, что у них "нет ранних воспоминаний", позволяют нам прийти к заключению, что их детство не было приятным. Мы должны задавать им наводящие вопросы, чтобы обнаружить то, что нам нужно. В конце концов, они всегда что-то вспоминают» (цит. по: Сидоренко, с. 74).

---

[80] «Объективный тест — это методика получения индивидуальных значений, отражающих реакции испытуемого на специфический набор стимулов или их последовательность при условии, что испытуемый: а) либо не знает истинного значения своей реакции; б) либо лишен всякой возможности изменять свою реакцию в желаемом для себя направлении» /20/

Иногда в таких случаях психотерапевты-адлерианцы предлагают человеку «придумать воспоминание». Многим людям это помогает спонтанно вспомнить что-нибудь, некоторые же оказываются в состоянии придумать лишь общие контуры «воображаемого» воспоминания, нечто фрагментарное, смутно выражающее какую-либо надежду или желание.[81] Впрочем, практика показывает, что пациенты редко оказываются не в состоянии вспомнить что-либо из своего раннего детства. В крайнем случае им можно помочь, стимулируя их память. Например, Р. Пауэрс и Дж. Гриффит советуют предложить начать воспоминания с 6 или 7 лет и постепенно возвращаться к моменту рождения, вспоминая места, где пациент жил, играл или делал что-то еще, и людей, с которыми он тогда был. Можно предложить вспомнить какие-то особенные события, от которых потом можно будет оттолкнуться (рождение брата или сестры, семейные праздники, первый школьный день и т. п.). Дж. Манестер и Р. Корзини даже рекомендуют в таком случае сначала рассказать пациенту свое собственное раннее воспоминание.

Ранние воспоминания могут отражать **актуальное состояние** пациента, обусловленное какими-либо серьезными внешними факторами. В этом случае они имеют скорее *ситуативное,* а не *фундаментально обусловленное* значение. Адлер отмечал: «Использование воспоминаний для стабилизации настроения легко видеть в обычном поведении. Если человек переживает поражение и утрачивает уверенность в своих силах, то он вспоминает прежние случаи поражений. Если он в меланхолии, все его воспоминания меланхоличны. Когда он воодушевлен и исполнен смелости, он выбирает совершенно другие воспоминания: случаи, которые он вспоминает, приятны и подтверждают его оптимизм. Аналогичным образом, если он чувствует, что столкнулся с некоей проблемой, он будет призывать воспоминания, которые помогают развить в себе состояние, нужное для встречи с нею. Таким образом, воспоминания в значительной степени служат той же цели, что и сны» (цит. по: Сидоренко, с. 76). Манестер и Корзини предлагают для исключения случайных ситуативных влияний анализировать не одно, а 3, 6 или даже 10 ранних воспоминаний.

Методика ранних воспоминаний, являющаяся одной из проективных методик, обладает их обычным недостатком — известной субъективностью интерпретаций. Свою роль здесь играет и то обстоятельство, что Адлер не оставил подробно разработанной системы интерпретации ранних воспоминаний. В своих произведениях он лишь на примерах показывал, как могут быть истолкованы те или иные их элементы, при этом напоминая, что в психологии «все может быть совсем по-другому».

С другой стороны, существуют многочисленные попытки количественно оценивать воспоминания по различным характеристикам, значимым для ин-

---

[81] Однако в специальном эксперименте, где одни и те же испытуемые (72 слушателя университетских курсов) рассказывали по 3 реальных и 3 «воображаемых» воспоминания, было показано, что «надуманные» воспоминания отражают более высокие значения социального интереса по *ERRS* шкале оценки ранних воспоминаний.

дивидуальной психологии, например рождение брата или сестры; болезнь; смерть кого-либо из близких людей; активность, стремление к цели; принятие или отвержение окружающими и т. п. Опыт применения этих систем в группах показывает, что пока эксперты оценивают ранние воспоминания по схеме, основанной на высказываниях самого Адлера, между ними царит полное согласие, но как только они переходят к оценке активности, взаимности, исхода, «яркости» и т. п., начинаются разногласия. Однако, так или иначе, некоторые из элементов этих систем помогают подготовить почву для «инсайта». В работах Адлера нет точных указаний на **процедуру получения** ранних воспоминаний. В связи с этим все разработки этой процедуры принадлежат его последователям и ученикам. Заметим при этом, что не существует универсального метода получения и оценивания ранних воспоминаний, с которым бы были согласны все исследователи. По мнению одних авторов, процесс получения ранних воспоминаний «важнее самой методики» (Warren, p. 24-35), по мнению других, преимущество методики в том и состоит, что она не требует от психотерапевта никаких специальных навыков.

Существуют специальные вопросники ранних воспоминаний, например вопросник ранних воспоминаний *The Early Recollections Questionnaire (ERQ).* От испытуемого требуется записать 6 воспоминаний. Согласно процедуре, предлагается дать письменное изложение самых ранних воспоминаний. При этом подчеркиваются несколько важных моментов:

1) старайтесь быть как можно более конкретным;

2) не давайте «обзоров», т. е. воспоминаний о случаях, которые повторялись много раз;

3) не отказывайтесь давать воспоминание, даже если вы не уверены, что это действительно с вами случилось;

4) включайте все, что помните, даже то, что кажется вам незначительным;

5) описывайте только то, что относится к возрасту до 8 лет;

6) описывайте чувства, даже если они противоречивы;

7) называйте имена присутствующих в воспоминаниях людей;

8) опишите наиболее яркую часть;

9) опишите то, что случилось до и после этого, и чувства, которые вы в это время испытывали;

10) попытайтесь высказать догадку по поводу цели своего поведения;

11) укажите примерный возраст, к которому относится воспоминание.

Ч. Аллерс и коллеги (Allers, White & Hornbuckle, p. 61-66) приводят более короткую инструкцию: человека просят рассказать самое раннее воспоминание о каком-либо событии. Предлагается, чтобы это было одно событие, а не рассказ о серии событий. После того как пациент это сделает, консультант может задать уточняющие вопросы:

1) что вы чувствовали;

2) кто еще там был;

3) помните ли вы цвета, звуки и другие обстоятельства этого события?

Л. Хайер и коллеги (Heyer, Marilyn & Boudewyns, p. 300-312) описывают процедуру, которую они применяли при обследовании ветеранов войны во Вьетнаме. Их просили рассказать два ранних воспоминания о каких-либо единичных событиях, которые произошли в возрасте до 8 лет. Это могло быть любое событие, которое «засело» в голове и может быть вызвано перед «мысленным взором». Воспоминания записывались на магнитофон, а позже переписывались на бумагу. После записи каждого воспоминания испытуемого просили: 1) дать ему **название;** 2) выразить свои **чувства** по поводу этого события; 3) внести любое **изменение** в запомнившееся событие. В последующем анализе использовалось только первое воспоминание из двух.

При анализе воспоминаний рекомендуется отдавать предпочтение первому из них, а последующие использовать лишь в том случае, если первое не удается удовлетворительно проанализировать. Поскольку в работах Адлера большое значение придается подробностям и формулировкам тех или иных эпизодов, некоторые исследователи настаивают на **письменном изложении** раннего воспоминания. Е. В. Сидоренко предлагает следующие содержательные категории для контент-анализа ранних воспоминаний.

1. Люди, присутствующие в воспоминаниях

а. Мать

— Для анализа ранних воспоминаний имеет значение как присутствие, так и отсутствие фигуры матери в продукции.

— Присутствие в материале ранних воспоминаний фигуры матери может свидетельствовать:

-- о жизненном стиле избалованного ребенка. «У испорченных детей, особенно у избалованных, в раннем воспоминании почти всегда будет фигурировать мать» (Сидоренко, с. 83);

-- о том, что индивид «нуждается в большем ее внимании» (Сидоренко, с. 84);

-- о том, что хорошая адаптация индивида была достигнута благодаря матери.

— Отсутствие фигуры матери в продукции ранних воспоминаний может быть показателем:

-- того, что у индивида существует чувство, что мать им пренебрегала;

-- того, что ребенок не был привязан к ней и удовлетворен своей жизненной ситуацией;

-- того, что в связи с рождением в семье других детей происходила «детронизация» — свержение ребенка с «трона любви».

б. Отец

— Присутствие фигуры отца в материале ранних воспоминаний может наблюдаться в случаях:

-- когда ребенок обращается к отцу из-за неудовлетворенности отношениями с матерью или в связи с рождением следующего ребенка;

-- когда избалованный ребенок восстает против строгого отца.

— Отсутствие фигуры отца в материале ранних воспоминаний никак не анализируется.

в. Братья и сестры

— Присутствие их фигур может говорить о:

-- детронизации в связи с их рождением;

-- соперничестве с ними;

-- несамостоятельности и зависимости от них;

-- развитии социального чувства и сотрудничества (возможно и неудачного).

г. Двоюродные братья и сестры

— Присутствие их фигур свидетельствует:

-- о расширении поля социального действия индивида, распространении его за пределы собственной семьи;

-- в случае, если они противоположного пола, о трудностях в полоролевом взаимодействии.

д. Бабушки, дедушки и другие родственники

— Присутствие их фигур может означать:

-- что они баловали ребенка и «испортили» его;

-- в случае, если они упоминаются в дружественной атмосфере наряду с другими близкими родственниками, что у индивида произошло исключение остальных людей и, следовательно, его недостаточную социальную адаптацию.

е. Посторонние люди: гости, друзья, соседи и др.

— Присутствие фигур посторонних людей позволяет предположить, что:

-- ребенок осознавал себя как часть общества, распространяя свой интерес на других людей и сотрудничая с ними;

-- посторонние люди воспринимались как опасность;

-- ребенок был несамостоятелен и боялся оставаться один.

2. Тип события

а. Опасности, несчастные случаи, телесные и другие наказания. Воспоминания о них «раскрывают преувеличенную тенденцию сосредоточиваться преимущественно на враждебной стороне жизни» (Сидоренко, с. 99).

б. Болезни и смерть. Согласно наблюдениям Адлера, «воспоминания о болезни и смерти отражают страх перед ними и стремление подготовиться к

ним, став врачом, медсестрой и т. п.» (Сидоренко, с. 101)[82]. По его мнению, картины смерти имеют тенденцию оказывать неизгладимое воздействие на душу ребенка. «Когда дети видят внезапную и скоропостижную смерть человека, это оказывает очень значительное влияние на их души. Иногда такие дети начинают болезненно интересоваться смертью... Иногда, не развивая в себе болезненного страха смерти, они тем не менее посвящают всю свою жизнь проблеме смерти и начинают вести профессиональную борьбу против болезни и смерти, становясь врачами или фармацевтами» (там же).

в. Проступки, кражи, сексуальные эксперименты и т. п. «Воспоминания о проступках, кражах и сексуальных опытах, если они совершались как нечто привычное, указывают на огромное усилие избегать их в дальнейшем» (там же).

г. Новые жизненные ситуации.

3. Способ восприятия ситуации субъектом

а. Преобладающий вид чувствительности. «У ребенка, который страдал от трудностей со зрением и который научил себя смотреть более тщательно, мы обнаружим склонность к зрительным запечатлениям. Его воспоминания будут начинаться со слов "Я увидел вокруг себя" или с описания предметов различного цвета и формы. Ребенок, у которого были трудности с движением и который хотел ходить, бегать или прыгать, выкажет эти интересы... События, запоминаемые из детства, должны быть очень близкими к основному интересу индивидуума; а если мы знаем его главный интерес, то мы знаем его цель и стиль жизни» (цит. по: Сидоренко, с. 102).

б. Ощущение принадлежности. Зависит от того, какое именно местоимение «Я» или «Мы» (и, соответственно, «Я-ситуация» или «Мы-ситуация») употребляется пациентом в продукции ранних воспоминаний. Использование местоимения «Мы» может свидетельствовать о большем развитии социального чувства и сотрудничества. Но следует обращать внимание на то, какова смысловая нагрузка этого «Мы»: в понятие «Мы» может входить узкий круг лиц, например, только членов семьи, или «Мы» распространяет свои границы на большую группу людей.

в. Чувства и эмоции. Адлер считал, что все чувства и эмоции психологически целенаправлены, т. е. ориентированы согласно жизненному стилю индивида. «Мы знаем, что ребенок, привыкший, чтобы мать всегда была рядом, помогала и поддерживала его, может обнаружить, что тревога (каким бы ни был ее источник) — это очень эффективное средство управления матерью... Человек, который достигает превосходства через печаль, не может быть веселым и удовлетворенным своими достижениями. Он может быть счастливым, только когда он несчастен... Можно увидеть, что в каждом человеке чувства росли и развивались в том направлении и в той степени, которые бы-

---

[82] Интересно, что сам Адлер в 5 лет заболел настолько тяжелым воспалением легких, что семейный врач посчитал его уже неизлечимым. Его жизнь спас другой врач, после чего Адлер принял решение в будущем стать врачом.

ли существенны для достижения его цели. Тревога или смелость, радость или печаль всегда согласовывались со стилем его жизни... Стиль жизни выстраивается вокруг стремления к определенной цели совершенствования, и поэтому мы должны ожидать, что каждое слово, действие или чувство будет органической частью этой целостной линии действий» (цит. по: Сидоренко, с. 104).

Соответственно чувства, которыми проникнуты ранние воспоминания, несут в себе общий эмоциональный окрас, соответствующий избранному жизненному стилю. «Подавленный человек не сможет оставаться в подавленном состоянии, если начнет вспоминать свои хорошие минуты и свои успехи. Он должен говорить сам себе: "Вся моя жизнь была несчастьем" — и отбирать только такие события, которые он сам *мог бы* толковать как примеры несчастливой судьбы» (цит. по: Сидоренко, с. 105).

Таким образом, чувства и эмоции, описываемые пациентом или хотя бы вскользь упомянутые в материале ранних воспоминаний, являются важным показателем его жизненного стиля. В связи с этим многие психотерапевты-адлерианцы специально обращают внимание испытуемых на необходимость и важность описания чувств, даже неясных, смешанных или кажущихся незначительными. С другой стороны, показательно само по себе включение пациентом описания чувств и эмоций в продукцию ранних воспоминаний, так как это отражает его интерес к эмоциональной стороне жизни, к собственным чувствам и к чувствам других, стиль подхода к проблемам и задачам.

Заметим, что при работе с продукцией раннего воспоминания необходимо учитывать все наличествующие содержательные категории (например, как «присутствие», так и «отсутствие» каких-то фигур), несмотря на их возможную противоречивость. Все выделенные на каждом этане содержательные категории должны рассматриваться как рабочие гипотезы, которые в дальнейшем, в общем сравнительном анализе, либо объединяются целостной логикой жизненного стиля, либо отбрасываются как .опровергаемые этой логикой.

В дальнейшем выделенная идея жизненного стиля пациента формулируется в виде некой вербальной формулы, которая обычно начинается со слов, предложенных Адлером — «Жизнь — это...» или «Жить — значит...». Ранние воспоминания могут стать основным содержанием психотерапевтического процесса. На **фазе изучения жизненного стиля пациента** психотерапевт вместе с пациентом, анализируя полученные ранние воспоминания, исследует его жизненный стиль. Чаще всего это происходит в форме диалога, в котором проверяются так называемые **пробные гипотезы,** например, «Может быть, у вас были и другие подобные ситуации?» При этом, работая с вербальными сообщениями, терапевт пытается перевести высказывание (описание) в скрипт (обращение). Например, если пациент говорит: «Это привычка», то возможный перевод может выглядеть так: «Не пытайтесь это изменить»; или «Разговор об этом заставляет меня страдать»; или «Давайте не будем об этом говорить». Постепенно проясняя смысл вербальных и невер-

бальных проявлений, терапевт формирует гипотезы причин невроза, а затем подтверждает или отвергает их.

За фазой изучения жизненного стиля пациента наступает **фаза реориентации** — непосредственного изменения жизненного стиля, т. е. представлений о жизни и способов поведения в типичных жизненных ситуациях. М. Линг и Т. Коттман предлагают использовать на этой фазе **метод визуализации ранних воспоминаний.** Как и любой другой визуализационный метод, он начинается с нескольких стандартных рекомендаций, направленных на достижение как можно более глубокого состояния релаксации (например, просьбы закрыть глаза, принять максимально комфортное положение тела, сделать два-три глубоких вдоха-выдоха и т. п.). Затем терапевт просит пациента, находящегося в полугипнотическом состоянии, представить себе какой-нибудь случай из детства, отражающий выявленное ошибочное представление о жизни. При этом пациенту рекомендуется представлять выбранное воспоминание диссоциированно, например как сцену в фильме или спектакле, которую он как зритель наблюдает с некоторого расстояния. После этого его просят описать сцену так, как она разворачивается перед ним, и рассказать о чувствах, которые она вызывает. Если пациенту достаточно хорошо удается это сделать, далее его просят представить, как он, уже взрослый, попадает в эту воображаемую сцену, и его взрослое «Я» утешает его детское «Я», говоря, что он значим, любим, или предоставляя ресурсы, недостаток которых пациент испытывал в детстве. Таким образом визуализированный взрослый помогает проработать ошибочные представления ребенка.

В групповой терапии адлерианского направления совместный анализ ранних воспоминаний участников в маленьких подгруппах рассматривается как одна из стадий и возможностей группового процесса.

Процесс психотерапии по Адлеру преследует четыре цели:

1) создание и поддержание «хороших» отношений;

2) раскрытие динамики пациента, его стиля жизни, его целей, а также того, как они влияют на ход его жизни;

3) интерпретация, кульминацией которой является инсайт; и

4) переориентация.

Под **«хорошими» психотерапевтическими отношениями** понимаются дружественные отношения между равными. Психотерапевт и пациент сидят лицом к другу, их стулья находятся на одном уровне.[83] Психотерапия структурирована так, чтобы информировать пациента, что проблемы создаются творческими способностями самого человека, что человек ответствен за свои действия и что проблемы каждого основаны на неправильном восприятии, на неадекватном или неправильном обучении, и в особенности на ложных ценностях. Считается, что усвоение этих идей позволяет принять ответственность за изменения: тому, чему не научился до этого, можно научиться сей-

---

[83] Многие адлерианцы предпочитают работать без стола, поскольку дистанцирование и отделение могут породить нежелательную психологическую атмосферу.

час; тому, чему научился «плохо», можно научиться лучше; ошибочные восприятие и ценности могут быть изменены и модифицированы.[84] Поэтому с самого начала психотерапии пациент активно участвует в работе, беря ответственность за успех собственного обучения и сотрудничества с психотерапевтом на себя.

Сотрудничество в индивидуальной психотерапии означает согласование целей. Несовпадение целей может привести к тому, что терапия «не сдвинется с места». Так, например, пациент может стремиться «победить» терапевта, подчинить его своим нуждам или, напротив, присвоить ему роль могущественного и ответственного наставника. Наконец, пациент может хотеть ослабить только свои симптомы, но не лежащие в их основе убеждения. Поскольку проблемы сопротивления и переноса определяются исходя из расхождения целей пациента и психотерапевта, то на протяжении терапии цели будут расходиться и общая задача будет заключаться в перестраивании целей так, чтобы оба двигались в одном направлении.

Пациент привносит в терапию свой стиль жизни. Какие бы факторы ни предопределили жизненный стиль пациента, вытекающие из него убеждения дают пациенту чувство безопасности. Задача психотерапевта состоит в том, чтобы запустить процесс **реориентации** — убеждения пациента, что изменение его жизни в его же интересах. Нынешний образ жизни пациента обеспечивает ему «безопасность», но не счастье. «Поскольку ни терапия, ни жизнь не предоставляют *гарантий*, не хотел бы он рискнуть частью своей "безопасности" ради возможности большего счастья, самореализации или ради какой бы то ни было цели, которая, по его представлению, должна у него быть?». /11/ При этом, если пациент считает, что терапевт подвергает сомнению или угрожает его убеждениям, он должен защищаться, сопротивляться, даже если согласен с терапевтом в том, что все делается в его (пациента) интересах. Кроме того, принося свой стиль жизни в терапию, пациент ожидает от терапевта тот вид реакции, который, как он привык с детства, должны давать люди. Он может почувствовать себя непонятым, или что его лечат не тем, или что его не любят. У него также может появиться предчувствие, что терапевт плохо к нему относится и будет его эксплуатировать. Часто пациент бессознательно старается склонить терапевта к такому способу поведения, который адлерианцы называют **«знаками».** В этом способе поведения пациент является профессионалом, тогда как психотерапевт по сравнению с ним является любителем. Поэтому психотерапевту нет надобности побеждать в этой игре, ему просто не нужно в нее играть. Так, однажды пациент Адлера спросил его с улыбкой: «Кто-нибудь из ваших пациентов лишал себя жизни?», а тот ответил: «Пока нет, но я готов к тому, что это может случиться в любой момент».

Для некоторых пациентов отношения «психотерапевт—пациент» становятся первым опытом хороших межличностных взаимоотношений, отноше-

---

[84] Показательно, что на входной двери венской клиники для несовершеннолетних преступников, построенной на принципах индивидуальной психологии, находится надпись: «Никогда не бывает слишком поздно».

ний сотрудничества и взаимного уважения и доверия. Несмотря на время от времени возникающие трения и ощущение пациента, что его не понимают, эти отношения могут выдержать испытание и дать пациенту понять, что плохие межличностные отношения являются результатом ошибочного восприятия, неверных выводов и беспочвенных ожиданий, входящих в стиль жизни.

Исследование динамики включает две части. Во-первых, психотерапевт стремится понять стиль жизни пациента, а во-вторых, понять то влияние, которое этот стиль оказывает на реализацию жизненных целей. Возможны случаи, когда у пациентов с адекватными стилями жизни проблемы возникают вследствие попадания в непереносимые или чрезвычайные ситуации, из которых они не могут выпутаться собственными силами.

И содержание, и форма коммуникации с пациентом рассматривается психотерапевтом не в описательном смысле, а с точки зрения выявления «сценария» *(scripts)* межличностного взаимодействия. Г. Мосак пишет, что в ходе психотерапии терапевт действует как детектив, за исключением лишь того, что у него другая цель: он не стремится установить виноватого. Стремясь понять пациента, он изучает любые намеки, складывает их в паттерны, постепенно собирая разрозненные кусочки информации и решая головоломку.

При этом свободные ассоциации и «болтовня», за исключением редких случаев, когда они служат психотерапевтическим целям, избегаются. Аналитические интерпретации строятся в контексте исследования взаимодействия между стилем жизни и жизненными целями — каким образом стиль жизни оказывает влияние на личностные функции и дисфункции по отношению к жизненным целям.

Исследование динамики и стиля жизни позволяет установить происхождение «базисных ошибок» пациента — частичных «истин» личной мифологии, которые человек путает с реальностью.

Выделяют следующие базисные ошибки:

1) **сверхобобщение** (например, «Люди враждебны», «Жизнь опасна»);

2) **ложные или недостижимые цели «безопасности»** («Один неверный шаг, и ты — покойник», «Я должен быть приятным для всех»);

3) **неправильное восприятие жизни и ее требований** («Жизнь никогда не даст мне никакой передышки», «Жизнь так тяжела»);

4) **преуменьшение или отрицание своих достоинств** («Я глуп», «Я недостойный», «Я — всего лишь домашняя хозяйка»);

5) **ложные ценности** («Быть первым, даже если тебе придется карабкаться по головам других»).

Кроме того, психотерапевт должен выявить то, как пациент воспринимает свои достоинства.

Поскольку стиль жизни является целостной характеристикой, он проявляется не только в поведении, языке, межличностных взаимоотношениях, но и в фантазиях, снах, продуктах творчества и т. п. Поэтому Адлер признавал

важность **анализа сновидений, фантазий, грез** и т. п. для процесса психотерапии, видя в них, однако, не реализацию вытесненных желаний, а планируемый шаг в реализации жизненных целей, подготовку действий, которые затем проявятся в поведении. По его мнению, в сновидениях предстают фрустрированные потребности, но не как индикаторы старых проблем, а как попытки их решить. Сновидения — это фабрика эмоций, в которой рождается настроение, направляющее человека к каким-либо действиям или удерживающее от них. Так, например, если человек хочет отложить действие, то он забывает сон, если хочет отговорить себя от некоторых действий — пугает ночными кошмарами.[85]

Техника работы Адлера со сновидениями отличается от фрейдовской не только в общем подходе, но и в содержании интерпретации образов сновидения. Адлер считал, что образы сновидения часто заимствованы из детства, поскольку именно в то время происходит символическое запечатление значимых жизненных ситуаций. Поэтому сложное испытание в сновидении может замещаться школьными экзаменами. В ожидании неудачи человек во сне может спотыкаться, падать, наталкивается на препятствия и т. п. Если З. Фрейд трактовал падение, полет как символизацию полового акта, то Адлер рассматривал эту символику сквозь призму теории компенсации. Он показал, что полет может означать желание поднять свой статус. Падение может быть проинтерпретировано как символическое представление чувства превосходства либо утраты ощущения собственной значимости. Сны о наготе могут выражать чувство ущербности или страх быть уличенным в обмане.

Адлер подчеркивал необходимость индивидуальной трактовки символики сновидения, исходя из всего многообразия проявлений стиля жизни. Ему довелось наблюдать двух пациентов-мальчиков, которые во сне выражали желание быть лошадью. Для одного это была символизация стремления нести груз ответственности за семью, а для другого — стремление обогнать других, быть первым. Символизация призвана скрывать, маскировать стиль жизни. Адлер считал, что чем дальше личность от осознания конечной цели, тем длиннее и причудливее сновидения.

Говоря об **инсайте,** адлерианские психотерапевты отмечают два важных момента. Первый — убеждение, что инсайт должен предшествовать изменению поведения, часто приводит к увеличению длительности психотерапии, к поощрению тенденций некоторых пациентов становиться «более больными», лишь бы избежать или отложить изменения, и к увеличению их самопоглощенности, а не к их самопознанию. Тем самым пациент освобождает себя от ответственности за свою жизнь до тех пор, пока не достигнет инсайта. Второй — разделение на **интеллектуальный и эмоциональный** инсайт создает ситуацию битвы «противоборствующих сил», когда пациент ждет результата, вместо того чтобы начать решать те проблемы, которые ставит перед ним

[85] Интересно, что за день до своей смерти Адлер сказал друзьям: «Я проснулся с улыбкой, поэтому помню, что мои сны были хорошими, хотя сами сны уже не помню» /11/

жизнь. При этом совесть у него может быть совершенно чиста, поскольку он является жертвой слабого интеллектуального понимания или эмоциональной блокировки. Пока пациент не достиг совместного инсайта, решение проблем переносится на неопределенное будущее. Адлер считал, что за увлечением инсайтом в психотерапии может крыться опасность игры в психотерапию, которую он назвал «да, но». Суть ее состоит в том, что пациент заявляет «Я знаю, что мне нужно делать, но...», после чего следует череда инсайтов, фиксирующих невротическую позицию, но ничего не меняющая в жизни пациента. Истинный инсайт представляет собой понимание, переведенное в конструктивное действие. Он отражает понимание пациентом целенаправленной природы своего поведения и ошибочных восприятий, а также понимание роли, которую и то и другое играет в его жизнедеятельности.

Психотерапевт содействует инсайту главным образом при помощи **интерпретации.** Он интерпретирует сновидения, фантазии, поведение, симптомы, взаимоотношения пациента с другими людьми. Поскольку индивидуальная психология не рассматривает сознательные и бессознательные силы как противоречивые (Адлер считал, что сознательные средства реализуют неосознанные цели, поэтому они не противоречат, а соответствуют им), в индивидуальной психотерапии акцент смещается с каузального вопроса «почему?» на телеологический вопрос «зачем?». Психотерапевта-адлерианца интересуют не столько причины возникновения симптома, сколько цель, которая вынуждает повторять данное непродуктивное поведение. Исходя из этого, акцент в интерпретациях делается на цели, а не на причине, на действии, а не на описании, на использовании, а не на обладании. Интерпретации — это зеркало, которое психотерапевт держит перед пациентом, чтобы он мог видеть, как справляется с жизнью. С помощью интерпретации терапевт показывает пациенту, как тот строит свою жизнь, на что направляет усилия, чего достигает, какие цели лежат в основе его действий, т. е. как проявляется ошибочность его жизненного стиля. В индивидуальной психотерапии терапевт заботится не столько о точности интерпретации, сколько о принятии ее пациентом. Для этого могут использоваться анекдоты, притчи, биографические эпизоды. Терапевт может даже предложить пациенту самому сделать интерпретацию, не внушая ему теоретическую метафору той психологической концепции, которой придерживается.

Ханс Страпп как-то заметил: «Говорят, что Фрейд, следуя своим собственным рекомендациям, никогда не давал советов пациенту, лежащему на кушетке, но не испытывал никакого стеснения сделать это, когда анализируемый находился между кушеткой и дверью». /11/ Психотерапевты-адлерианцы поступают так же, при этом стараясь не поощрять зависимость. Для этого терапевт может просто обрисовать альтернативы, а затем позволить пациенту принять собственное решение. Такое приглашение скорее укрепляет веру в себя, чем в терапевта. С другой стороны, терапевт может дать и прямой **совет,** стремясь тем самым поощрить самостоятельность пациента и его желание прочно стоять на своих ногах.

Поскольку в индивидуальной психотерапии пациент считается утратившим уверенность в себе, а не больным, то в качестве психотерапевтического приема используют **подбадривание.** Повышение веры пациента в себя, выделение положительного и снижение негативного, поддержание надежды пациента позволяют противодействовать его неуверенности.

Заметим, что в индивидуальной психотерапии нередко используются техники, заимствованные из других психотерапевтических направлений: ролевые игры, техника «пустого стула».

Как и в любых других видах психодинамической психотерапии, в индивидуальной психологии считается, что благодаря неврозу индивид своеобразно, но все же поддерживает некий оптимальный уровень социальной адаптации. Поэтому его разрушение в процессе психотерапии закономерно вызывает **сопротивление.** В частности, это проявляется в том, что пока психотерапевт отслеживает, интерпретирует и даже прогнозирует действия и переживания, основанные на фиктивной цели жизненного стиля, пациент не столько отказывается от них, сколько создает новые. Это сопротивление проистекает из желания сохранить чувство превосходства над психотерапевтом в результате срыва лечения. Поэтому наряду с раскрытием смысла симптомов и выявлением ошибок жизненного стиля психотерапевт должен всячески стимулировать и поддерживать мотивацию дальнейшей работы.

В качестве примера приведем работу Адлера с манипулятивным сопротивлением. На одной из сессий его пациентка заявила: «Я лечилась у стольких докторов, что вы — моя последняя надежда». Адлер интерпретировал это заявление как проявление стремления к превосходству, бессознательного желания одержать победу над очередным психотерапевтом. Поэтому он предпринял следующую интервенцию: «Нет, не последняя. Возможно последняя, но надежда. Есть и другие, кто может помочь вам».

Другой адлерианский психотерапевт проинструктировал пятидесятилетнего мужчину, заявившего о намерении жениться и одновременно избегавшего женщин, каждый день искать хотя бы один значимый контакт с женщиной (форма этого контакта целиком отдавалась на усмотрение пациента). После многих возражений пациент пожаловался: «Но это так тяжело! Я так смертельно устану, что не смогу работать». На это терапевт, смягчившись, ответил: «Поскольку Господь Бог отдыхал на седьмой день, я не могу просить вас сделать больше, чем Господь. Поэтому вам нужно выполнять это задание только шесть дней в неделю».

Как уже отмечалось, в индивидуальной психологии, как и в других видах психодинамической терапии, перенос рассматривается в качестве отношений психотерапевта и пациента «здесь и сейчас». Но Адлер уходил от интерпретации особенностей их развития, считая это формой навязывания авторитета или помещения человека в положение зависимости и безответственности. С его точки зрения, психотерапевтические отношения должны быть для пациента **моделью** построения новых, продуктивных социальных связей. Как отмечает Г. Мосак, «терапевт демонстрирует ценности, которые пациент может

попытаться имитировать. Терапевт-адлерианец ведет себя как реальный человек, способный к проявлению заботы, подверженный ошибкам, при этом он может посмеяться над собой. Тем самым он выступает в качестве модели. Если терапевт может обладать такими характеристиками, то, возможно, и пациент сможет, и многие пациенты подражают своим терапевтам, которых они используют как ориентир нормальности». /11/ В этом отношении характерен случай работы Адлера с пациентом-шизофреником, который после трех месяцев молчания напал на него. «Я неожиданно решил не защищаться. После последующего нападения, во время которого было разбито окно, я самым дружеским образом наложил повязку на его слабо кровоточащую рану». /11/ Поскольку главной целью психотерапии является развитие социального интереса, Адлер сам выступил в качестве его модели.

В практике индивидуальной психологии не поощряется регрессия в психотерапевтических отношениях, которая расценивается как путь к глубинному переживанию несовершенства пациента и его детской потребности в помощи; взаимоотношения терапевта и пациента должны быть отношениями взрослых и зрелых людей.

Инструментом регуляции зрелости психотерапевтических отношений служит **психологическая поддержка пациента.** С одной стороны, она не должна быть слишком значительной, чтобы позволить ему адаптироваться к болезни и лишить его мотивации изменений. С другой стороны, недостаточная поддержка также ведет к уменьшению мотивации изменений, так как оставляет пациента наедине с непреодолимыми в данный момент проблемами. Выбор «золотой середины» для поддержки зависит от многих факторов, в том числе от этапа психотерапии, сложности проблемы, возможностей индивида по ее разрешению, мотивации изменений и т. п.

По мере того как в ходе психотерапии пациент все больше осознает свой жизненный стиль, он периодически испытывает **«ага-переживание»**: «Теперь я знаю, как это происходит», «Да это проще, чем я думал» и т. п. Эти «ага-переживания» также добавляют ему уверенности в себе и оптимизма, которые приводят к желанию противостоять жизненным проблемам, не избегая обязательств, сострадания и эмпатии.

Главным средством поддержки является **демонстрация принятия.** Принятие пациента психотерапевтом дает возможность снизить его чувство недостаточности, развить навыки социального интереса и т. п. В этом случае пациент становится способным осознать не только свои проблемы, но и свою сущность. Переживание непоколебимой позитивной основы своего бытия, внутреннего стержня дает силы для столкновения с «базисными ошибками» в жизненном стиле.

При работе с пациентами, страдающими депрессиями, Адлер применял **технику постановки задач.** Он описывает ее следующим образом: «После установления симпатии начинается работа по изменению поведения, состоящая из двух стадий.

На первой стадии я предлагаю: "Делайте только то, что вам приятно". Пациент обычно отвечает: "Ничего не приятно". — "Тогда, — заявляю я, — по крайней мере, не заставляйте себя делать то, что вам неприятно". Пациент, которого, для исправления его состояния, обычно заставляли делать разнообразные ненужные вещи, находит в моем совете приятную новизну и может улучшиться в поведении. Позднее я постепенно ввожу второе правило, сообщая, что "оно гораздо сложнее и я не знаю, сможете ли вы ему следовать". После сказанного я молчу и смотрю на пациента с сомнением. Таким образом я возбуждаю его любопытство и обеспечиваю его внимание, а затем продолжаю: "Если бы вы смогли следовать второму правилу, вы бы вылечились в течение четырнадцати дней. Оно заключается в следующем — стараться доставлять удовольствие другим. Очень скоро это избавит вас от бессонницы и всех мрачных мыслей, вы почувствуете себя полезным". На это предложение я получаю различные ответы, но все без исключения пациенты считают, что действовать соответствующим образом очень тяжело. Если пациент отвечает: "Как я могу доставить удовольствие другим, если не знаю, как получить его самому?", то я вношу разнообразие в картину, говоря: "Тогда вам нужны четыре недели". Ответ: "А кто мне доставляет удовольствие?" я встречаю самым сильным ходом в этой игре: "Может быть, вам лучше немного потренироваться следующим образом: НЕ ДЕЛАТЬ ничего, что доставит удовольствие кому-либо другому, а всего лишь представлять, как вы МОГЛИ БЫ это сделать!". Эти задания относительно просты и отличаются тем, что пациенты могут их саботировать, но не могут потерпеть неудачу, а затем обвинить в этом терапевта. Пациент должен понять, что не врач, а сама жизнь неумолима и что ему самому нужно начать действовать. От врача он не слышит ни слова упрека или раздражения, а лишь эпизодические доброжелательные, безобидные, ироничные высказывания». /11/ Таким образом, предлагая осуществить непривычное для пациента действие, Адлер пытался внести в его жизнь переживания, основанные на социальном интересе.

Вариантом техники постановки заданий является **техника «как будто»**. Она обычно применяется в тех случаях, когда пациент заявляет «Если бы я только мог...». Психотерапевт просит, чтобы на протяжении некоторого времени (например, следующей недели) он действовал «как будто». Психотерапевт предлагает пациенту метафору «примерки» более успешной модели поведения как «нового костюма». Несмотря на то что человек, надевший новую одежду, остается тем же, его настроение и самооценка зачастую сильно меняются. Кроме того, иногда, изменив одежду, человек может почувствовать себя по-другому и, возможно, поведет себя по-другому и в этом случае действительно может стать другой личностью.

Еще одна техника — **создание образов**. Адлер очень любил описывать пациента одной простой фразой, например «нищий как король». Вспоминая этот образ, пациент может напомнить себе свои цели, а на более поздних стадиях — научиться использовать этот образ, чтобы посмеяться над собой. Г. Мосак приводит в пример пациента, боявшегося импотенции, который, со-

гласившись с замечанием терапевта, что никто не видел пса-импотента, объяснил это так: «Собака делает то, что ей полагается делать, не заботясь о том, сможет ли она». Тогда терапевт предложил, чтобы перед следующим половым контактом пациент улыбнулся и сказал про себя «гав-гав». Через неделю пациент сообщил членам своей группы: «Я погавкал».

В связи с этим атмосфера кабинета адлерианского психотерапевта часто более естественна и раскованна, чем при других видах психодинамической терапии.

К технике создания образов близка **техника «ловли самого себя».** Создав своеобразный образ-маркер для обозначения «ошибочного» поведения (в своей практике мы часто используем следующую метафору — «лозунг на флаге, который вы держите в руках, когда уверенно шагаете вперед»), психотерапевт вместе с пациентом формулирует его цель в ироничной форме, а потом предлагает пациенту «ловить себя» на попытках вернуться к этой непродуктивной модели поведения, вспоминая при этом шутливый лозунг.

Поскольку главные усилия психотерапевта направляются на понимание жизненных обстоятельств в контексте целостности жизненного стиля и в своем движении направлены вперед, репертуар технических приемов реориентации расширяется за счет методов, основанных на научении более эффективным способам поведения.

Так, с помощью **техники «нажатия кнопки»** терапевт добивается от пациента понимания того, что он сам управляет собственным эмоциональным состоянием. Например, пациент предъявляет жалобу на депрессивные чувства, с которыми не может справиться. Терапевт просит пациента вспомнить какую-либо приятную ситуацию из его жизни и зафиксировать эмоции, которые сопутствуют этому воспоминанию. Затем он предлагает вспомнить неприятный опыт и снова обратить внимание на чувства, сопровождающие это воспоминание. Таким образом, он демонстрирует пациенту, что «кнопка», переключающая эмоции, находится в руках самого пациента, что пациент является создателем, а не жертвой своих чувств и что депрессия — это *выбор* бытия в депрессии.

Техника негативной практики[86] основывается на положении о том, что симптом «включен» в своеобразный невротический круг подкрепления за счет постоянного повторения, которое, в свою очередь, обеспечивается эффектом «розового слона»: чем больше пациент пытается бороться с симптомом, тем больше он мысленно воспроизводит его. Поэтому пациенту предлагается усиливать симптом, идя «от противного». Например, при навязчивом дрожании рук в момент беседы со значимыми людьми или публичных выступлений пациенту предлагается разыграть эту ситуацию в кабинете психотерапевта, стараясь как можно больше усилить симптоматику и показать ее в максимальном проявлении. Зачастую, после нескольких таких проб, симптоматика теряет свой патогенный смысл и постепенно исчезает.

---

[86] В логотерапии В. Франкла она также известна под названием «парадоксальная интенция».

Первоначально адлерианская психотерапия проводилась как индивидуальная, и до сих пор многие адлерианцы считают индивидуальную психотерапию предпочтительным лечением. Однако в рамках адлерианской психотерапии были созданы и групповые формы работы.

Так, Р. Дрейкурс, Г. Мосак и Б. Шульман ввели **множественную психотерапию** *(multiple psychotherapy)*, в ходе которой несколько терапевтов лечат одного пациента. Такая форма дает возможность постоянного консультирования между психотерапевтами, минимизирует реакции контрпереноса, предотвращает эмоциональную привязанность пациента к избранному терапевту. Пациент может выигрывать даже от наблюдения несогласия между терапевтами, понимая, что несогласие тоже может быть здоровым. Кроме того, множественная терапия создает атмосферу, которая облегчает обучение; пациент может взаимодействовать с двумя различными личностями, придерживающимися разных подходов; предложение новой точки зрения способствуют избежанию терапевтических тупиков, тем самым сокращая курс терапии; пациенты могут видеть себя более объективно, поскольку являются и участниками, и наблюдателями; в том случае, если пациент и психотерапевт «не поладят друг с другом», пациент не становится терапевтической «катастрофой», а просто передается другому терапевту. Множественная терапия служит примером демократичного социального взаимодействия и поэтому представляет собой ценный урок для пациента. Дополнительное преимущество этого метода — в использовании его для обучения психотерапевтов: супервизоры участвуют в процессе психотерапии вместе с кандидатами, наблюдают их интервенции, обеспечивают их безопасность, оказывают поддержку и могут комментировать наблюдаемое поведение.

В середине 1920-х гг. Дрейкурс инициировал использование групповой терапии в частной практике, что было естественным развитием адлерианской аксиомы, гласящей: проблемы людей всегда являются социальными проблемами. Сегодня некоторые адлерианцы считают групповую терапию предпочтительным методом с практической стороны, другие используют ее как предваряющую индивидуальную работу или для того, чтобы ослабить интенсивность индивидуальной психотерапии. Ряд психотерапевтов комбинируют индивидуальную и групповую терапию, другие считают группу вспомогательным средством при решении определенных проблем или при работе с определенными группами. Одной из ветвей группового лечения является создание психотерапевтических социальных клубов при психиатрических клиниках.

Литература.

Адлер А. О нервическом характере. — СПб., 1997.

Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. — М., 1995.

Виттельс Ф. Фрейд: Его личность, учение и школа. — Л., 1991.

Дрейкус-Фергюссон Е. Введение в теорию Альфреда Адлера. — Минск, 1995.

Дрейкурс Р., Золц В. Счастье вашего ребенка: Книга для родителей. — М., 1986.

Сидоренко Е. В. Терапия и тренинг по Альфреду Адлеру. — СПб., 2000.

Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. — СПб., 2003.

Allers Ch. T., White J., Hornbuckle D. Early recollections: Detecting Depression in the Elderly // Individual Psychology: The Journal of Adlerian Theory, Research and Practice. — 1990. — Vol. 46. — № 1.

Ansbacher H.L., Ansbacher R. The individual psychology of Alfred Adler. — New York, 1964.

Bottome Ph. Alfred Adler: A portrait from life. — New York, 1957.

Crandall J. E. Theory and Measurement of Social interest (Empirical Test of Alfred Adler's concepts). — New York, 1981.

Heyer L., Marilyn G. W., Boudewyns P. A. Early Recollections of Vietnam Veterans with PTSD // Individual Psychology: The Journal of Adlerian Theory, Research and Practice. — 1989. — Vol. 45. — № 3.

Kempler W. Gestalt therapy // Current psychotherapies. — Itasca, 1973.

Manaster G.J., Corsini R.J. Individual Psychology. — Itasca, 1982.

Orgler H. Alfred Adler: The man and his work, triumph over the inferiority complex. — 4th ed. — London, 1973.

Rattner J. Alfred Adler. — New York, 1983.

Warren C. Earliest recollection analysis: An Interpersonal technique of communication therapy // Individual Psychology: The Journal of Adlerian Theory, Research and Practice. — 1987. — Vol. 43. — № 1.

Глава 4. Биоэнергетический анализ.

Введение.

Как известно, различные психотерапевтические системы используют разные каналы доступа к проблемам клиентов. Одни работают с вербальными структурами, другие — с визуальными образами (психосинтез, НЛП), третьи — с эмоциональными образованиями (клиент-центрированный подход К. Роджерса) и т. п. Биоэнергетический анализ входит в группу техник телесно-ориентированного подхода, в рамках которого мишенью психотерапии являются тело и происходящие в нем процессы. Пациент в терапии представлен не только своей «психологической частью» (мыслями, эмоциями, поведением, сновидениями, фантазиями и т. п.), а еще и телом. Такая целостность подхода к человеку оказалась весьма продуктивной. Создателем биоэнергетического анализа является американский психиатр Александр Лоуэн (род.

1910), автор десятков книг и сотен статей, посвященных биоэнергетике. Сегодня биоэнергетический анализ широко практикуется во многих странах. В Нью-Йорке действует международный институт биоэнергетического анализа, координирующий работу 40 обучающих центров по всему миру и выпускающий журнал «Биоэнергетический анализ».

Теория терапии.

В каждом психотерапевтическом подходе имплицитно содержится идея психологической нормы. Подчеркнем, что речь идет именно о психологической, а не о психической норме. Вопрос о том, что представляет собой психическая норма, чаще всего решается конвенционально. Это, в известной мере, предмет договора специалистов в области психиатрии. Для психотерапии важна концепция психологического здоровья, рассматривающая его не как результат конвенционального договора, не как некоторое статистическое среднее, не как некий уровень благополучия, а как идеальную модель человека, к которой нужно стремиться в индивидуальном развитии и психотерапии. Эта тема заслуживает отдельного рассмотрения, здесь же мы перечислим некоторые идеальные модели психологического здоровья. В клиент-центрированной терапии такой идеальной моделью является «полностью функционирующая личность», когда человек живет «полной грудью», «на полную катушку», являясь подлинным в каждый конкретный момент жизни. Быть подлинным — значит быть в том, что чувствуешь, что делаешь, что думаешь, живешь не по принципу «надо», а по принципу «хочу», но это ответственное, а не гедонистическое «хочу». В гештальт-терапии такой моделью является «аутентичная личность», которая полностью тождественна себе. Аутентичная личность отражает чаяние человека «быть самим собой». В телесно-ориентированной психотерапии В. Райха идеал человеческий жизни — «генитальный характер», когда человек открывает в себе сексуальность, любовь, близость. За этими тремя моделями лежит идеал спонтанности, эмоциональности, детской непосредственности и живости чувств, а также подлинности переживания жизни и себя в ней. В психоаналитической концепции модель психологического здоровья представлена «разумным, хорошо контролирующим себя взрослым», который ведет себя прилично, живет, как следует, но он смирился с тем, как должно быть, и не переживает детской радости бытия и непосредственности чувств. Когнитивная модель усматривает в психологическом здоровье разумность, логичность, обуздание чувств и переживаний интеллектом. Понятно, что представленные модели отражают некоторый идеал, к которому следует стремиться. Поэтому психологическое здоровье — недостижимый идеал, это своего рода психологическая утопия, как маяк ориентирующая движение человека в жизни и в психотерапии. Психотерапевтический процесс является трудным и болезненным приближением к заветной цели, которая все время ускользает, но каждый шаг приближает к ней. Истоки европейской традиции телесно-ориентированной терапии со-

держатся в работах В. Райха. В концепции Райха центральное положение отводилось сексуальности, которая «была ключом для разрешения невротических проблем индивидуума» (Лоуэн, 1999, с. 20). Освободив собственную сексуальность, человек приобретает «генитальный» характер — становится свободным, спонтанным, креативным и здоровым.

Лоуэн построил иную, нежели Райх, концепцию человека. Специфичным для христианской культуры является акцент не на гениталиях и сексуальности, а на сердце. Лоуэн отмечал, что освобождение сексуальности автоматически не освобождает человека от личностных проблем, как это предполагалось в концепции Райха. Он утверждал: «Применявшееся Райхом фокусирование на сексуальности, хотя и было теоретически обоснованным, но, в общем, провалилось и не дало результатов» (Лоуэн, 1999, с. 29). Акцент на гениталиях в своей теоретической основе восходит к восточным антропологоэнергетическим концепциям, в которых признается исключительная важность «копчикового» и «пупочного» энергетических центров. Лоуэн же заявил, что рассматривать «только сексуальную активность как основной путь для выражения жизни тела — путь в целом слишком узкий и ограниченный» (Лоуэн, 1999, с. 53). Он рассматривает в качестве центра, корня, источника жизни другой орган — сердце, которое является «центром всей терапии», направленной на то, чтобы «помочь человеку увеличить его способность отдавать и получать любовь: развить его сердце...» (Лоуэн, 1999, с. 64). Существует множество расхожих выражений, отражающих роль сердца в возникновении различных эмоциональных состояний: «сердце сжалось», «сердце щемит», «тяжесть на сердце», «разбитое сердце», «от всего сердца», «ты у меня в сердце» и т. п. В христианской культурной традиции главный орган — сердце (любовь), которое подчиняет себе и «низ» (гениталии, сексуальность), и «верх» (голову, интеллект, структуры Эго).

Согласно биоэнергетическому анализу, человек приходит в мир для любви и за любовью. Вместе с тем очень часто условия, в которых воспитывается ребенок, таковы, что его сердце «перекрывается» к теплу и любви. В результате взрослый человек не в состоянии установить с партнером глубокие отношения психологической интимности, основанные на любви. Любовь блокируется как на психологическом уровне — уровне переживания и выражения (экспрессии), так и на телесном — возникают хронические напряжения, а само тело становится жестким, ригидным. Схематично слои блокировок могут быть представлены следующим образом (рис. 4.1).

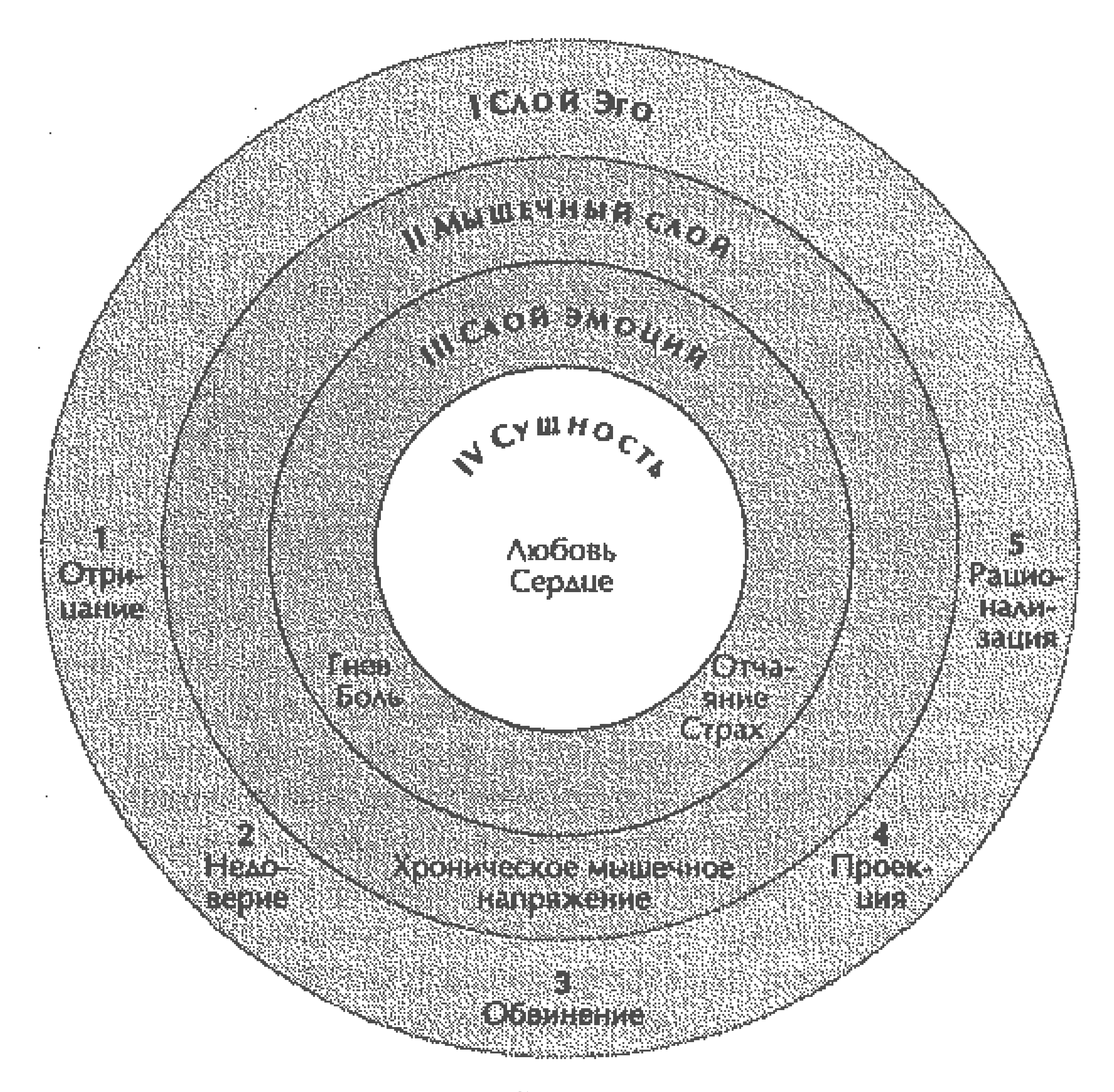


Рис. 4.1. Слои защитные

Нереализованная потребность в любви (IV слой) вызывает к жизни самые разнообразные негативные эмоции (III слой). Близость родителя к ребенку табуирована, а попытки ребенка добиться от родителя теплых чувств сопряжены с палитрой таких негативных эмоций как страх, гнев, отчаяние и боль. В основе нарушения детско-родительских отношений лежат психологические травмы. Лоуэн описывает пять видов таких травм — отвержение, лишение, соблазнение, подавление и фрустрация. Эти инфантильные травмы определяют соответствующие им типы характерологических структур — шизоидную, оральную, психопатическую, мазохистическую и ригидную, описание которых будет приведено ниже. Как результат инфантильных травм возникает непереносимое эмоциональное напряжение, от которого человек пытается избавиться. Избавиться — значит, во-первых, отказаться от любви и, во-вторых, подавить негативные эмоции (устранить их невозможно). Существуют два пути такого избавления: соматический и психологический.

В психоанализе имеется представление о проявлении скрытых эмоций на телесном уровне, в форме мышечного напряжения. Такое напряжение служит соматическим эквивалентом эмоций. Например, хронически напряженные

мышцы шеи, плеч, кистей рук свидетельствуют о гневе, но этот гнев существует как соматический, а не психологический процесс, вовне он обычно не проявляется. Хронические мышечные напряжения становятся привычными и не осознаются. Блокироваться могут различные мышцы — рта, горла, шеи, груди, живота, таза и т. п. Хронически напряженные мышцы удерживают в себе, как в консервной банке, энергетику подавленного эмоционального импульса. Такие напряжения составляют мышечный панцирь (II слой) или броню, которая «защищает человека как от опасных импульсов внутри самой личности, так и от нападок извне, связывает энергию, которая не может быть освобождена» (Лоуэн, 1999, с. 7-8). Мышечный панцирь защищает тело от опасных импульсов гнева, страха, отчаяния, боли и, конечно же, любви, а также приводит к несогласованности различных органов. Одним из проявлений такого разобщения служит несогласованность верхней и нижней половин тела, которые порой кажутся принадлежащими разным людям. Например, у женщины может быть жесткий, типично мужской верх (сильные, непластичные, мужские руки, тяжелая линия плеч, несгибаемая спина) и женский низ (игривые, пластичные, легкие, дразнящие ноги), что свидетельствует о внутреннем конфликте — желании быть с мужчиной и в то же время страх этого.

Лоуэн приводит следующие примеры несогласованности между различными частями тела, за которой скрываются психологические конфликты: «Многие люди оказываются в затруднительном положении из-за бессознательного конфликта между различными аспектами личности. Наиболее часто встречается конфликт между несбывшимися желаниями и потребностями ребенка и побуждениями и стремлениями взрослого. Взрослый требует, чтобы человек был независимым и брал на себя ответственность за исполнение своих желаний и решений. Но в человеке, у которого имеется подобный конфликт, попытки быть независимым и ответственным разрушаются бессознательным стремлением к поддержке и заботе. Результатом является картина, смешанная как психологически, так и физически. В своем поведении такой человек может демонстрировать преувеличенную независимость наряду со страхом остаться в одиночестве или с неспособностью принимать решения. Можно наблюдать подобную смешанную картину в теле человека. Инфантильные аспекты его личности могут быть выражены в маленьких ручках и ступнях, тонких, как веретено, ногах, которые кажутся неадекватной опорой, или в неразвитой мышечной системе, которая не имеет активного потенциала, чтобы получить то, что человек хочет или в чем нуждается. В других случаях имеет место конфликт между игривостью ребенка и реализмом взрослой части личности. Снаружи человек кажется серьезным, часто мрачным, жестким, напряженно работающим, но когда он пытается расслабиться, то становится ребячливым. Это особенно явно выражается, когда такой человек выпьет. Ребенок также проявляется через неуместные выходки и шутки. Лицо и тело такого человека имеют признаки натянутости, жесткости и перекошенности, что делает его старше. Однако на лице часто можно увидеть мальчи-

шеское выражение, сопровождаемое улыбкой или усмешкой, которая выражает чувство незрелости» (Лоуэн, 1999, с. 10).

Мышечные напряжения избавляют от страха, боли, гнева и отчаяния, но они также избавляют и от любви, человек погружается в серое и пресное существование, тело из орудия жизни превращается в орудие самоподавления и самоограничения.

В. Райх, к концепциям которого мы обращаемся для лучшего понимания идей его ученика Лоуэна, выделил семь уровней блокирования: глаза, рот, шея, грудь, диафрагма, живот и таз. Первый уровень охватывает мышцы лица. Оральный сегмент включает в себя мышцы подбородка, горла и затылка, блокирующие крик и плач. Те же эмоциональные проявления блокируются и на третьем уровне, охватывающем мышцы шеи и язык. Грудной сегмент включает в себя мышцы груди, плеч, лопаток и рук. Сдерживание дыхания, являющееся важным средством подавления любой эмоции, осуществляется в этой области. Пятый уровень — это диафрагма, солнечное сплетение, внутренние органы и мышцы нижних позвонков. Наличие «панциря» проявляется в выгнутости позвоночника таким образом, что, когда пациент лежит, между нижней частью спины и кушеткой остается значительный промежуток. Блокирование этого уровня способствует удержанию сильного гнева. Сегмент живота включает мышцы живота и спины, при этом напряжение поясничных мышц связано со страхом нападения, а «панцирь» на боках — с подавлением злости и неприязни. Последний, тазовый, сегмент включает все мышцы таза и нижних конечностей. Тазовый «панцирь» способствует подавлению сексуального возбуждения.

По Райху, освобождение тела от блоков должно идти сверху вниз — от глаз к тазу. Так как центром и мишенью психотерапевтической работы является таз, то до него доходят постепенно, шаг за шагом освобождаясь от более поверхностных блоков. При этом для расслабления на уровне глаз необходимо как можно шире их открыть, что приводит в движение и мышцы лба. На оральном уровне защитный панцирь может быть расслаблен путем имитации плача, произнесения звуков, мобилизующих губы, кусания, рвотных движений и посредством прямой работы над соответствующими мышцами. Прямое воздействие на мышцы в глубине шеи невозможно, поэтому важными средствами расслабления «панциря» в этой области являются крики, вопли, рвотные движения и т. п. Мышцы груди расслабляются с помощью работы над дыханием, в особенности осуществлением полного вдоха. Работа с диафрагмой возможна только после расслабления четырех предшествующих сегментов. На этом уровне используется работа с дыханием и рвотным рефлексом (люди с сильными блоками на этом сегменте практически неспособны к рвоте). Расслабление на уровне живота происходит без дополнительных усилий после открытия верхних сегментов. Наконец, расслабление таза осуществляется посредством мобилизации таза, а затем лягания ногами и удара тазом по кушетке. На рис. 4.2 представлен канал высвобождения оргонной энергии в интерпретации Райха.

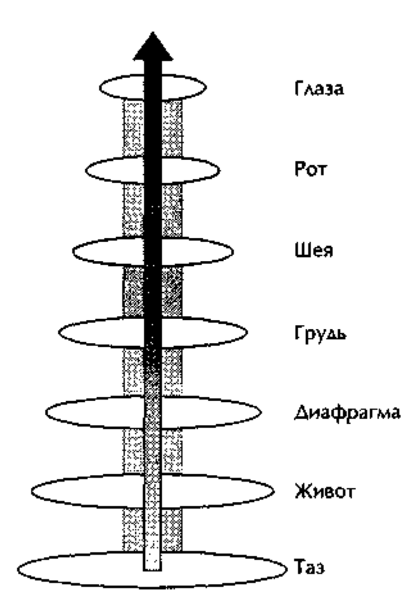


Рис. 4.2. Канал высвобождения оргонной энергии

Это своеобразная прочистка энергетического канала. В классической йоге работа с энергетикой проводится в обратном направлении — снизу вверх (пробуждение Кундалини в Муладхаре и подъем этой энергии). В интегральной йоге Шри Ауробиндо, предназначенной для европейцев, энергетическое движение осуществляется, как и у Райха, сверху вниз. Такая разнонаправленность энергетической проработки определяется разными задачами: с одной стороны, это освобождение тела от блоков и соответственно, высвобождение чувств, а с другой — ассимиляция сексуальной энергии и ее трансформация в энергию более высокого уровня, необходимую для духовного роста. Согласно Райху, нельзя освобождать глубокие блокировки, не открыв поверхностные, так как высвобождающаяся энергия не может найти выход, гуляет по телу и может «сесть» на орган, вызвав формирование какой-либо соматической патологии. Высвободить эмоцию можно не только через рот (крик, плач, стон и т. п.), глаза (слезы), руки (удар, щипок и т. и.) — энергию можно освобождать и через ноги (топтание, как у детей, ритмическое переваливание с одной ноги на другую). Д. Н. Исаев и В. Е. Каган (1986) назвали это условно-сексуальными проявлениями. Можно высвободить энергию через кишечник (понос как плач животом), уретру (известные явления «неврогенного мочевого пузыря», или поллакиурии), гениталии (мастурбация, адюльтер). Однако такое освобождение через низ не позволяет овладеть этой энергией — основной канал остается блокированным. Для взрослых еще один вариант освобождения энергии связан с проговариванием, осознанием высвобождающейся эмоции.

У Лоуэна идея уровневости в работе с блоками отсутствует: движение осуществляется «от сердца к периферии» (Лоуэн, 1999, с. 64) по трем каналам:

1) сердце — рот, шея. Зажатое горло и напряженная шея блокируют доступ к сердцу: человек не может плакать, кричать, целоваться, «держит рот на замке» и тем самым блокируются любые проявления глубоких чувств;

2) сердце — руки. Напряжение в плечах и кистях рук также изолирует сердце: блокируются как гнев (человек не может «ударить с плеча», наброситься с кулаками), так и любовь (тогда пациенту трудно «отдать руки» психотерапевту, он все время их контролирует);

3) сердце — половые органы. Тазовые блоки умерщвляют сексуальность, которая не связывается с любовью. Сексуальность рассматривается как нечто грязное и постыдное, она сопряжена с чувством вины и стыда.

На рис. 4.3 представлены каналы движения энергии в рамках биоэнергетики А. Лоуэна.

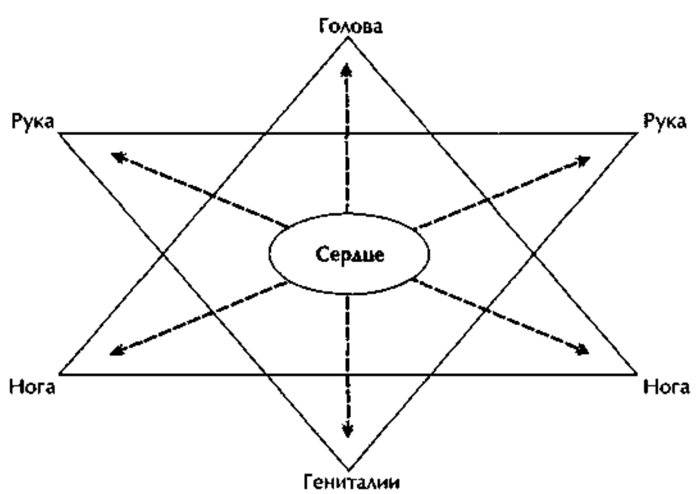


Рис. 4.3. Каналы движения энергии в биоэнергетике

Таким образом, Райх полагает, что существует один вектор канализирования энергии, а Лоуэн говорит о трех равноправных каналах, поэтому у Лоуэна отсутствует идея постепенной и систематической проработки блоков в рамках одного вектора «сверху вниз».

Следовательно, первый путь избавления человека от непереносимых негативных переживаний — их соматизация и создание мышечного панциря. В биоэнергетическом анализе существует принцип функциональной эквивалентности структуры тела или «мышечной позы» (термин Лоуэна) психологической структуре, наиболее рельефно выражающейся в структуре характера. Мышечный блок, или мышечная защита, фактически является эквивалентом психологической защиты.

Второй путь — психологический путь борьбы с негативными эмоциями страха, гнева, отчаяния и боли, а также с опасными переживаниями (влечениями) страсти и любви связан с функционированием таких механизмов психологической защиты (I слой), как отрицание, недоверие, обвинение, проекция, рационализация и интеллектуализация.

Отрицание состоит в том, что пациент отрицает (не чувствует, не осознает, не видит, не ощущает) свои негативные чувства и переживания. На вопрос: «Что вы чувствуете?» пациент отвечает: «Не знаю» или «Ничего не чувствую», хотя при этом имеются соматические эквиваленты этих чувств. При наличии отрицания достаточно трудно войти в переживания клиента, они как бы отсутствуют, а их место в сознании заполняется вторичными, «разрешен-

ными» переживаниями, например, переживанием пустоты при оральной характерологической структуре, когда подавляются и отрицаются собственные желания.

Недоверие проявляется в том, что пациент не верит в искренность чувств других людей, в то, что его можно любить, что он достоин любви, что он ценен для партнера, что другой может проявлять к нему искренние позитивные чувства. Пациент все время ожидает подвоха, того, что вот-вот всплывут истинные чувства человека, который притворяется. Пациент постоянно спрашивает у партнера: «Ты меня любишь?», «Ты меня не бросишь?» и т. п. При выраженном недоверии человек чувствует себя одиноко, изолированно, он входит в зависимые отношения — либо «цепляется» за партнера, постоянно требуя доказательств любви и верности, либо, наоборот, дистанцируется от него.

Обвинение состоит в том, что ответственность за свои чувства и переживания приписываются другому человеку, который соблазнил, настоял, не проявил должного внимания и т. п. Пациент не хочет разобраться в себе, а обвиняет в своих проблемах кого-то другого.

На описании таких защитных механизмов, как проекция, рационализация и интеллектуализация, мы останавливаться не будем: сведения о них читатель найдет в главе, посвященной психодинамической терапии.

Устойчивые (стилевые) защитные образования личности конституируют ее характер. Лоуэн выделяет пять главных характерологических структур: шизоидную, оральную, нарциссическую, мазохистическую и ригидную. Эти типы характера являются специфическими формами либидозной фиксации.

Шизоидная характерологическая структура имеет тенденцию к расщеплению и диссоциации, мышление изолировано от чувств. Генезис этого характера — неприятие, отвержение ребенка матерью уже с первых дней его жизни. Часто такое отвержение сочетается с открытой или скрытой враждебностью. Основное базовое убеждение шизоида — «мир чужой», «мне неуютно в мире». Отсюда — изолированность и отчужденность от мира как ключевые черты шизоидной личности. Шизоид избегает близких отношений (боится повтора детской травмы), убегает от реальности в мир фантазий, замещает эмоции интеллектом, поэтому поведение шизоида, свободное от эмоциональных переживаний, было названо поведением «как будто» — «как будто люблю», «как будто живу» и т. п.

Оральная характерологическая структура возникает вследствие недостатка материнской заботы и поддержки в раннем детстве. Такая травма переживается как покинутость и лишение.[87] Один из вариантов генеза этого характера — кормление ребенка строго по часам: ребенок хочет есть, а его «выдерживают» («пусть кричит — развивается голос»), приучая, по мнению родителей,

---

[87] В отличие от «шизоида», который отвергается матерью и чувствует себя «чужим», отстраненным, словно весь мир отвернулся от него, «оральник» переживает травму лишения внимания, тепла и понимания — его не отвергают, его просто не замечают, тем самым лишая тепла, в поисках которого он проводит всю жизнь.

к порядку, или же ребенку приходится лежать в мокрых пеленках, на его крик не обращают внимания. Такой «оральник» всю жизнь ощущает беспомощность, нуждается в поддержке и помощи, но не верит в возможность их получения. Он чувствует, что не заслуживает ни любви, ни помощи, ни поддержки, поэтому пытается заслужить или купить любовь и дружбу. Зависимость, несамостоятельность, сильное желание получить поддержку и помощь и неверие в такую возможность, страх быть брошенным и покинутым — основные черты данного типа характера. Такие люди склонны притворяться больными, чтобы привлечь к себе внимание, а также подвержены депрессиям.

Нарциссическая характерологическая структура формируется в ситуации, которую можно обозначить как скрытую эротизацию отношений с ребенком (скрытое интимное обольщение, соблазнение ребенка). Как отмечает Лоуэн, соблазняющий родитель вводит ребенка в заблуждение: с одной стороны, он его соблазняет, а с другой — этот соблазн призван удовлетворить нарциссические потребности родителя. Родителю в действительности нет дела до ребенка — он нацелен на привязывание ребенка к себе. Соблазняющий родитель отвергает потребности ребенка в поддержке и физическом контакте. Поэтому такой ребенок в дальнейшем закрывает (запирает) свои чувства в себе. Любая попытка открыться к собственным чувствам воспроизводит боль отвержения соблазняющим родителем противоположного пола в детстве — такой человек не чувствует свою ценность как мужчина (женщина). Он «отрицает свои чувства любви и нежности к значимым другим людям, избегая тем самым боли отвержения и опасности инцеста» (Лоуэн, 1999, с. 123). Ребенок, попадающий в ситуацию соблазнения родителем противоположного пола, бросает вызов родителю своего пола. И дабы быть принятым этим родителем, следует отказаться от близких отношений с родителем противоположного пола, а в дальнейшем — с противоположным полом вообще, так как отношения должны строиться на рациональной основе, сочетающейся с эмоциональным дистанцированием от партнера. На смену чувству приходит желание соответствовать ожиданиям родителя своего пола, что и создает барьер необходимой идентификации с родителем одного пола и в дальнейшем идентификацию с соблазняющим родителем.

Отрицать и контролировать свои чувства можно посредством контроля и господства (власти) над ситуацией и людьми. «Существуют два способа приобрести власть над другими. Один — задирая или одолевая другого... Второй путь — воздействие на человека посредством соблазняющего подхода...» (Лоуэн, 1999, с. 121). В первом случае можно говорить о подавляющем типе, возвышающемся над людьми: человек поднимается над собственными потребностями, отрицает их. Во втором случае человек будет удовлетворять свои потребности посредством манипулирования — сначала родителями, а потом другими людьми. Манипулятивные, нечестные и непрозрачные отношения становятся нормой, так как они усваиваются в качестве нормального

способа общения с родителем противоположного пола. Либидо становится нарциссическим, направленным на себя.

Мазохистическая характерологическая структура формируется у детей, которых любят и уделяют им много внимания, но при этом чрезмерно ограничивают их свободу. Любовь и принятие со стороны матери сочетаются с ее сильным давлением: «Мать — доминирующая и жертвующая, отец — пассивный и покорный. Доминирующая, приносящая себя в жертву мать буквально душит ребенка, заставляя его чувствовать сильную вину за любую попытку провозгласить свою независимость или утвердить негативное отношение. Типично сильное сосредоточение внимания на еде и дефекации» (Лоуэн, 1999, с. 126). Ребенок полностью лишается возможности быть самим собой, иметь свои желания: мать лучше знает, что и когда съесть ребенку, когда пойти в туалет и т. п. Ребенок находится в ситуации давления со стороны любящей и заботливой матери. Поначалу он сопротивляется, но силы неравны, и ему остается только пассивный саботаж: например, когда ребенка отправляют в свою комнату делать уроки, он уходит и сидит там часами, но не приступает к работе.

Для «мазохиста» характерна известная двойственность — снаружи покорность, жертвенность, угодливость, а внутри оппозиционность, враждебность, агрессивность, стремление проявить свое мнение, обрести свободу. Таким образом, основная инфантильная травма мазохиста — подавление.

Ригидная характерологическая структура в своем генезе связана с унижением со стороны родителя противоположного пола в период, когда ребенок имеет сексуальный интерес к этому родителю. Ригидный человек неуступчив, не способен проявить согласие и чуткость. Ключевая черта этого характера у мужчин — стремление быть первым, у женщин — стремление находиться в центре внимания. Ригидный мужчина честолюбив, амбициозен, склонен соперничать и доказывать свое преимущество, ориентирован на карьеру, упрям, горд. Лоуэн относит к этой характерологической структуре фаллического, нарциссического[88] мужчину, для которого характерно стремление к совершенству. В качестве условия развития ригидного характера выступает известная эдипова травма — фрустрация сексуальности. У мальчиков фрустрация сексуальности происходит в силу соперничества с отцом, который постоянно требует от мальчика «быть лучше», «достойнее», а иначе он хуже отца и недостоин матери. У девочек ригидный характер представлен как истерический характер, когда девочка имеет холодную, властную мать и мягкого, доброго отца, отношения с которым эротизируются.

Необходимо еще раз подчеркнуть, что характерологическая структура является способом совладания с инфантильной травмой и фактически способом ограничения любви, сексуальности, а также снижения боли, страдания, отчаяния, гнева и страха. Характерологические типы в чистом виде встречают-

[88] Исходя из психоаналитической традиции, нарциссическая личность формируется не на фаллической стадии психосексуального развития, а на стадии решения проблем сепарации/фузии, связанных с удовлетворением потребности в независимости.

ся крайне редко. Как правило, в человеке представлены две или более характерологические структуры. Более того, конкретного человека нельзя полностью понять в рамках одного характерологического типа. Эти типы характеров являются лишь опорными точками (рамками) для построения целостной клинической картины.

Телесным эквивалентом психологических защит (характерологического панциря) служат мышечные блокировки (мышечный панцирь), в связи с чем индивиды различных типов характера различаются и по телосложению. В табл. 4.1 приведены особенности телесной организации при разных типах характера.

Таблица 4.1. Особенности телесной организации различных типов характера

Тип характера (травма)	Особенности телесной организации
Шизоидный (отвержение)	Тело узкое. Отсутствие связи между верхними и нижними, правыми и левыми частями тела. Тело — лишь безжизненная «подставка для головы» и не имеет своей особой жизни. Несоответствие верхней и нижней частей тела. Часто удлиненная шея. Главные части тела (голова, шея, туловище, ноги) не находятся на одной линии: эта линия искривлена в сагиттальной плоскости. Как правило, ноги полностью выпрямлены в коленях; отсутствие пружинистости походки, опоры под ногами. Дискоординированность. Основные области напряжения находятся в основании черепа, в суставах плеч, ног, таза и в районе диафрагмы. Стопы напряженные и холодные, часто холодные и кисти рук.
Оральный (лишение)	Худощавость, отсутствие чувства опоры под ногами. Сильное напряжение мышц плечевого пояса и ног как предупреждение падения. Длинные, плохо развитые ноги, узкие ступни. При разговоре часто скрещивает ноги для обеспечения дополнительной опоры. Признаки незрелости: на теле мало волос; таз может быть меньше обычного, как у мужчин, так и у женщин; длинное и тонкое тело; недоразвитие мускулатуры.
Нарциссический (соблазнение)	**Подавляющий тип.** Мощно развитая верхняя и относительна слабая нижняя половина тела. Сильное напряжение мышц ног и спины. Жесткость тела. **Соблазнительный тип.** Жесткость тела отсутствует, тело не имеет надувшегося вида, как при подавляющем типе, слишком гибкая спина, нет такой диспропорции между верхом и низом, как у подавляющего типа.

Мазохистический (подавление)	Тяжелое тело; хорошо развита мускулатура, преимущественное напряжение мышц сгибателей, что проявляется в нарушении осанки. Короткое, толстое и мускулистое тело, короткая и широкая шея, голова втянута в плечи, повышенная волосистость тела, вследствие застоя энергии кожа темного оттенка.
Ригидный (фрустрация, связанная с разочарованием в стремлении добиться эротического удовлетворения)	Выпрямленное тело, поддерживаемое ригидностью мышц спины. Отсутствие пружинистости ног, напряжение в нижней части позвоночника. Таз несколько отставлен назад. Пропорциональное и гармоничное тело, ясные глаза, хороший цвет кожи, живость жестов и движений.

Каждому типу характера свойствен особый внутренний конфликт. Для шизоидного типа это борьба между существованием и потребностью, для орального — между потребностью и независимостью, для психопатического — между независимостью и близостью, для мазохистического — между близостью и свободой и для ригидного — между свободой и взаимностью в любви.

Шизоид может существовать, не проявляя и не испытывая никаких потребностей в близости — «Я могу существовать до тех пор, пока мне не требуется близость»; оральный индивид может испытать близость только войдя в зависимые отношения — «Я могу выражать свои потребности, пока зависим»; человек нарциссического (психопатического) типа способен войти в близкие отношения, только если будет в состоянии контролировать своего партнера властью, доминированием, установлением некоторых правил, которыми партнер должен руководствоваться, или манипулированием — «Ты можешь (а не «я хочу!») быть близок мне, пока ты полностью контролируешься мною», «Безопасный партнер — это тот, кто подчиняется мне»; мазохист может быть в близких отношениях при условии, что потеряет свободу, поэтому он вечно стремится к свободе, но боится ее. Быть свободным — значит предать близость. Наконец, ригидный индивид может сохранить себя, только если избежит чрезмерного «погружения в любовь», для него характерна дилемма «рациональное — эмоциональное».

Тип характера определяется не только особенностями семейной социализации, но и культурными факторами. Как писал Р. Мэй (1958), «типичным для нашего времени психическим затруднением является не истерия, как во времена Фрейда, а шизоидный тип, т. е. человек, который отделен, оторван, утратил привязанность, имеет тенденцию к деперсонализации и выражает свои проблемы смысловыми интеллектуализациями и техническими формулировками...» (цит. по: Лоуэн, 1999, с. 9). Иными словами, сегодня более важной, чем проблема сознательного/бессознательного является проблема

истинности, подлинности бытия/его неаутентичности — есть ли я в том, что делаю, что чувствую, как думаю, как живу.

На вопрос, почему биоэнергетический подход уделяет такое внимание типу характера, Лоуэн ответил: «Терапия сосредоточивает внимание на человеке в его непосредственных отношениях к своему телу, к земле, на которой он стоит, к людям, с которыми он общается, и к терапевту. Это является основой терапевтического подхода. Однако фоном служит знание характера, без которого терапевт не сможет понять пациента и его проблемы» (Лоуэн, 2000, с. 129). Тип характера описывает основные системы психологических и телесных блокировок пациента, и знание характера позволяет разработать стратегию психотерапевтического воздействия. При этом тип характера всегда дополняется индивидуально-специфическими, уникальными сочетаниями физических и психологических блокировок, что отражается и на структуре тела. Так, в структуре тела часто имеются компенсаторные позы: например, втянутые ягодицы и зажатый таз (свидетельство мазохистических тенденций покорности и услужливости) могут сочетаться с положением вызова в верхней части тела (выдвинутая нижняя челюсть, расправленная грудь), и т. п. Компенсаторные элементы в позе указывают на наличие таких же отношений компенсации и в психике человека. Анализ телесной организации клиента позволяет установить его характерологический тип, т. е. обобщенный характер его проблем, а также специфику индивидуальной душевной жизни.

Первичная природа тела проявляется в грации и красоте, в норме оно должно быть мягким, теплым и упругим. Напряженность или, напротив, вялость мышц свидетельствует об их блокировании, что вызывается подавлением эмоциональной экспрессии. Туалетный тренинг чистоты в раннем детстве часто сопряжен с напряжением мышц ягодиц и тазового дна, которое становится привычным и приводит к «мертвому тазу». Частые и регулярные физические наказания в виде ударов по ягодицам блокируют ягодицы: они становятся чрезмерно напряженными, втянутыми (такая блокировка чаще встречается у мужчин и может сопровождаться преждевременной эякуляцией). Сексуальные провокации и насилие также блокируют таз, делают его неподвижным, при этом часто напрягаются мышцы бедер. Тяжелый низ (блокированная тазовая область, ягодицы и бедра) свидетельствует о сексуальных проблемах: у женщин — об аноргазмии (которая у врачей очень часто попадает в разряд конституциональных, терапевтически резистентных расстройств), у мужчин — нарушения эрекции или эякуляции.

Раннее отнятие от груди блокирует горло (подавление крика и плача ребенка). Блок круговых мышц глаз с подключением мышц лба подавляет слезы («сухой плач»). Нередко лица с подавленным (бесслезным) плачем страдают привычными головными болями (прежде всего в области лба).

Подавление гнева в детском возрасте приводит к блокированию мышц, связанных с обеспечением удара (мышцы плеч, задней поверхности шеи и верхней части спины). В некоторых случаях напряжение указанных мышц

настолько сильно, что возникают функциональные ограничения движения и болевой синдром.

При подавлении печали и сексуального влечения возникает блокирование мышц живота, способное привести к кишечным расстройствам (Лоуэн называет хронические кишечные расстройства «плачем кишечником»). В этой же ситуации характерно и блокирование мышц груди.

Заблокированной может оказаться любая мышца. Признаком блокировки является выраженная болезненность мышцы при интенсивном прощупывании или же легкое возникновение в ней ощущения щекотки. При блокировании талии, таза и бедер эти места становятся чрезвычайно чувствительными к прикосновению (гиперестезия) или, напротив, совершенно нечувствительны к нему (анестезия).

Любой мышечный блок — это одновременно и блок энергетических потоков в организме. Личность в биоэнергетическом анализе рассматривается в виде пирамиды (рис. 4.4), в основании которой лежат энергетические процессы, побуждающие человека к действию. Действие порождает чувства, чувства — мысли. Прерывистая линия между разными уровнями личности указывает на взаимозависимость слоев. Блокады энергетических потоков в организме ослабляют жизненность тела, глубину чувств и мыслей. Тело теряет грациозность — движение теперь осуществляется отдельными, как бы не связанными между собой частями тела, а не является единой волной, вовлекающей все тело. При снижении уровня энергии в теле снижается либидо, аппетит, общая подвижность, эмоции сглаживаются, лишаются «пиков».

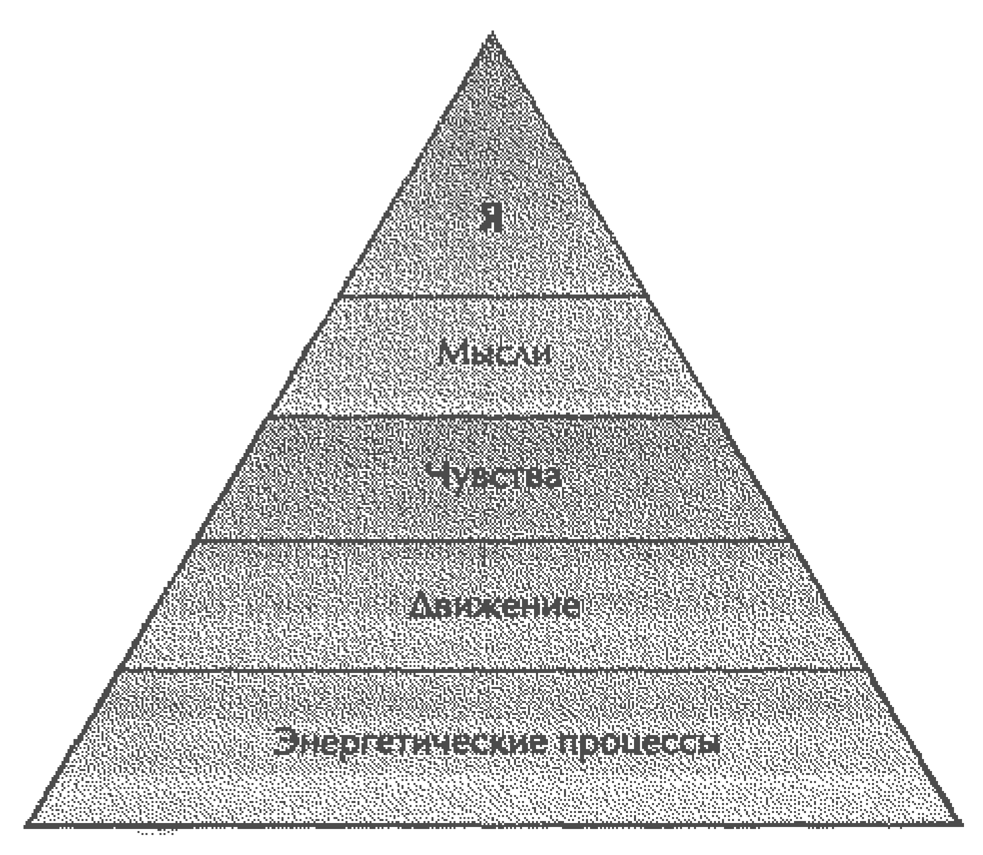


Рис. 4.4. Иерархия личности (Lowen, с. 33)

Мышечные блоки изменяют естественное дыхание — оно становится более поверхностным. Блокирование груди перекрывает грудное дыхание, появляется вдох и выдох «лесенкой». «Лесенка» — это результат сознательного углубления вдоха и выдоха, связанного с «подстегиванием» ригидных мышц груди. Блокирование живота перекрывает брюшное дыхание. Часто блокируется диафрагма, и тогда дыхание не входит в живот. Блокированное дыхание снижает уровень потребления кислорода, а в связи с этим — скорость метаболических превращений и общий уровень энергетики. Естественное дыхание начинается на уровне носа (рта) и закапчивается внизу живота, соединяя голову, грудь и таз через живот. Свободный таз совершает легкие, едва заметные движения при дыхании: на вдохе идет назад, словно заряжается, как лук, а на выдохе — разряжается, идет вперед. Живой таз — это таз, двигающийся не в сагиттальной плоскости (походка кокетки, ставящей стопы по одной линии), а во фронтальной (вперед — назад). Организм в этом случае является целостным: все основные части тела связаны между собой. Психологические проблемы (стрессы, конфликты, фрустрации и т. п.) «садятся» на тело, которое в этом случае может стать диссоциированным, расщепиться на три не связанных между собой области: голову, грудную клетку и таз. Помимо этого у многих людей голова не связана с сердцем, а сердце с гениталиями. Во всех этих случаях можно выявить напряжение мышц шеи и талии (как связующих звеньев), ограничивающее движение энергии между основными частями тела.

В книге «Духовность тела» Лоуэн приводит случай Арнольда, мужчины, который, будучи женат, не был удовлетворен браком и имел многочисленные случайные связи с женщинами, в которых быстро разочаровывался. У данного клиента наблюдалась диссоциация любви и секса, вызванная тем, что в детстве мать чрезмерно привязала его к себе в поисках утешения из-за проблем с мужем (отцом Арнольда), но когда отец возвращался домой — отталкивала сына. Арнольд злился на мать и перенес этот гнев на других женщин, изменяя им так, как делала мать но отношению к нему. Мужчины с такой жизненной проблемой всю жизнь ищут любви, но не находят ее или быстро теряют. Кроме того, психоаналитическая работа выявила неосознававшийся страх Арнольда перед отцом, вызванный неразрешенной эдиповой ситуацией. Подавление страха и борьба с отцом сформировали у него фаллически-нарциссический (ригидный) характер — стремление быть первым, опередить отца и холодный интеллектуальный подход к делу (он был предпринимателем). На телесном уровне проблемы клиента проявлялись в том, что его голова была диссоциирована от груди (чувств), что приводило к сильному напряжению шеи и талии.

Еще одно важное понятие биоэнергетического анализа — заземление, или укоренение. Метафора человека — это дерево. Человек связан с землей ногами, которые, как корпи растений, делают эту связь крепкой или слабой. Поэтому очень важно диагностировать, как человек стоит на ногах, или, другими словами, укоренен он или нет. Укоренение дает чувство безопасности

(чувство почвы под ногами). Это вопрос не силы ног, а ощущений в них. Сильные ноги могут поддерживать механически. Отсутствие уверенности в ногах может компенсироваться развитой мускулатурой ног. Наиболее явным признаком недостатка заземления является тенденция стоять с заблокированными коленями — ноги полностью выпрямлены в коленных суставах. Колени в этом случае не выполняют функцию амортизаторов.

Если вес тела переносится на пятки, то человек также плохо стоит на ногах. Его достаточно легко толкнуть в грудь, чтобы он потерял равновесие.

Человек должен осознавать свою привычную позу, и в частности то, как он стоит на ногах, связь этой позы с его характерологическими особенностями. Так, женщина, стоящая на выпрямленных ногах, перенесшая вес тела на пятки, выражает в этой позе свою проблему: «Я плохо стою на ногах, я не уверена в себе, мне трудно отказать мужчине». Низкий подъем стопы встречается у лиц с физическими и эмоциональными перегрузками, с ощущением низкой социальной позиции. Высокий подъем ног при ходьбе характерен для людей, которые воспитывались неприступной или недружелюбной матерью (в присутствии матери они испытывали дискомфорт и теперь стремятся дистанцироваться от матери-земли). Такой человек «не стоит на земле», он витает в облаках, склонен к фантазиям, недостаточно практичен.

Походка неукорененного человека может быть:

1) тяжелой — ноги тяжело ставятся на землю, и, несмотря на достаточно легкое тело, поступь тяжелая, ноги словно вязнут в земле;

2) жесткой, как у солдата на марше — ровные, практически не сгибающиеся в коленях ноги;

При укорененном теле вес переносится вперед и центр тяжести находится посредине между пяткой и большим пальцем, где-то у основания пальцев (рис. 4.5). В связи с этим характерным признаком неукорененности является то, что человеку особенно трудно ходить по скользким поверхностям.



Рис. 4.5. Укорененный человек

На определенные психологические проблемы может указывать и положение тела. Отсутствие наклона вперед свидетельствует о пассивной позиции в

жизни. Если же отсутствие наклона сопровождается блокированием коленей и поднятием плеч, то это указывает на пассивную агрессию, имеющую защитный характер. Работа с неукорененными пациентами подразумевает восстановление ощущения своих стоп и контакта с землей, что достигается путем специальных упражнений.

Таким образом, для биоэнергетического анализа характерно представление о том, что эффективная психотерапия должна включать в себя работу с телом. В результате такой работы изменяется структура тела: устраняется блокирование мышц, изменяется осанка, нормализуется дыхание, человек становится укорененным.

Техника биоэнергетического анализа.

Общие принципы.

В биоэнергетической терапии работа осуществляется одновременно или последовательно (это зависит от особенностей пациента) на психологическом и телесном уровнях. Приведем пример начала биоэнергетической терапии.

На прием пришла 26-летняя женщина, состоящая в гражданском браке, с жалобой на аноргазмию. После того как она рассказала о своей проблеме, психотерапевт попросил ее лечь на кушетку. Анализ дыхания клиентки показал, что женщина дышит только грудью, а брюшное дыхание отсутствует даже тогда, когда она специально пытается дышать животом. Прощупывание живота вызывало у нее ощущение сильной щекотки. Таким образом, живот был блокирован, что свидетельствовало об отсутствии связи между грудью (любовь) и тазом (секс). Имелся также горловой блок, проявлявшийся в тихой речи и частых ощущениях комка и спазма в горле, что свидетельствовало о рассогласовании головы и эмоций.

Биоэнергетическая «раскачка», т. е. углубленное дыхание в специальных позах (о них речь пойдет ниже), дыхание животом (или, скорее, попытки такого дыхания), напряженные позы не смогли энергетизировать подавленные импульсы этой женщины — из нее не выходили ни плач, ни смех, ни рыдания, ни крик. Она ничего не чувствовала, кроме легкого головокружения, вызванного гипервентиляцией. Как правило, углубленное дыхание, напряженные позы и массаж, во-первых, ослабляют мышечные блоки эмоциональной экспрессии, а во-вторых, энергетизируют подавленный эмоциональный импульс. У данной пациентки этого не произошло, что свидетельствовало о сильных мышечных и психологических защитах. Следовательно, была необходима работа психоаналитического плана, ослабляющая защиту по типу интеллектуализации. В конце второго терапевтического сеанса стало очевидно, что истинная проблема пациентки — не аноргазмия, а фригидность. В дальнейшем пациентка призналась, что не испытывает даже слабого влечения к мужчинам, а также сообщила о том, что в возрасте 21 года подверглась изнасилованию, но, насколько она помнит, не испытывала влечения и до того случая. По ее словам, в подростковые годы она была замкнутой, эмоцио-

нально сдержанной и не по годам серьезной. На следующем сеансе женщина рассказала о том, что в детстве сталкивалась с равнодушием со стороны отца. Наконец на третьем сеансе она впервые заплакала. Прорыв плача свидетельствовал о начале освобождения подавленных чувств. Лишь с этого момента, когда значительно ослабла психологическая защита, стала возможной телесная работа.

В другом случае пациентка-музыкантка жаловалась на то, что не может преподавать — она не уверена в себе, не удовлетворена собой. У нее отмечались общая подавленность, очень тихий голос, притупление эмоциональных переживаний, плохая укорененность. После 15-20-минутной беседы с клиенткой она выполнила ряд напряженных энергетизирующих поз на глубоком дыхании (работа на биоэнергетическом табурете, базовое упражнение на укоренение, стон на вдохе и выдохе и т. п.). При этом пациентка почувствовала сильную дрожь и вибрацию во всем теле, из живота стали выходить рыдания, носившие приступообразный характер. Затем у пациентки началась рвота. Несколько приступов рвоты ослабили напряжение мышц горла. На последующих занятиях терапевт и клиентка перешли к аналитической работе — «подтягиванию» I слоя (см. диаграмму) к новому опыту II и III слоев.

При проведении биоэнергетической работы следует руководствоваться определенным алгоритмом:

1) следует собрать информацию о человеке и его проблемах, для чего проводится инициальное интервью, включающее вопросы о детских годах, отношениях с родителями, братьями (сестрами), основных детских страхах, увлечениях, переживаниях, влюбленностях, сексуальных фантазиях, опыте мастурбации, основных воспоминаниях, постоянно сопровождающих пациента, дружбе, яслях, детском саде, школе, дальнейшей учебе, работе, знакомствах, встречах с противоположным полом, основных ожиданиях от жизни, выборе брачного партнера, конфликтах, сексуальной сфере и т. п.;

2) необходимо изучить тело: дыхание, напряжения, укорененность, позу;

3) следует построить первоначальную телесную метафору, отражающую психологические проблемы человека и направляющую телесную работу.

Телесная работа не является случайной беспорядочной проработкой тех или иных мышечных напряжений. Например, мужчина В. К., 23 лет, жаловался на то, что ему не удается устанавливать устойчивые отношения с женщинами: все женщины, с которыми он встречался, искали у него утешения после того, как расставались с возлюбленными, и быстро оставляли его. Таким образом, встречаясь с женщиной, он всегда чувствовал, что его просто используют. Помимо этого пациент сообщил о том, что ему трудно копить деньги — он склонен их быстро и легко тратить и ничего не может с собой поделать, причем одна из главных его трат — вкусная еда, так как он никак не может насытиться, сколько бы ни ел. Наконец он заявил, что всегда и везде опаздывает и его считают необязательным.

Его телесная структура была следующей: худое, узкое и длинное тело, голова, втянутая в высоко поднятые плечи, достаточно выраженная сутулость, плоский втянутый таз, плохая укорененность — такое впечатление, что он словно висит над землей.

Психологическая проблема пациента была сформулирована следующим образом: он был признан человеком орально-зависимого типа, который остро переживает свою несамостоятельность, но в то же время стремится найти кого-то, кто будет о нем заботиться. Он был постоянно встревожен, поэтому и прятал голову в плечи, в то же время втянутый таз свидетельствовал о мазохистических тенденциях, возникших вследствие воспитания властной и требовательной матерью. Мазохистическая тенденция в личности объясняла его терпеливость при унижениях женщинами и готовность занять позицию жертвы. У него также наблюдалось частое сжатие кулаков, что свидетельствовало о подавлении злобы. Его злоба проявлялась и в том, что он ни о ком не говорил хорошо, постоянно выискивал недостатки. Вместе с тем в поведении он обнаруживал угодливость, услужливость, готовность поменять свое мнение, если так думает авторитет.

Была выбрана следующая стратегия телесной работы: первоначально нужно было обеспечить укорененность пациента, чтобы придать ему уверенность в себе. Затем следовало устранить злобу, за которой крылась обида. Для проработки обиды была необходима работа с грудью и животом. Подобный план работы может и должен модифицироваться в ходе психотерапии. Здесь важно лишь указать на то, что телесная работа проводится в соответствии с телесной метафорой проблемы человека, которая эквивалентна психологической проблеме. Случайной, ненаправленной работы без плана (попятно, условного) быть не должно, тело должно заговорить психологическим языком. Если не видеть за телесными блоками эмоциональных проблем и не направлять работу пациента на исследование этих мышечных напряжений в контексте своих жизненных проблем и эмоциональных переживаний, то телесная работа перестанет быть психотерапией.

Техника работы с телом.

Напряженная мышца снижает уровень энергии, блокирует подвижность, а также ограничивает уровень экспрессии человека. Работа с телом включает массаж, специальные напряженные позы, дыхание и упражнения на экспрессию (катартические техники).

Диагностика блоков. Клиент укладывается на кушетке на спину. Осмотр осуществляется по следующей схеме:

1) его дыхание (дышат ли грудь, живот и входит ли дыхание в таз);

2) насколько при дыхании эластична грудная клетка (насколько грудная клетка податлива надавливанию);

3) насколько человек может сознательно дышать животом (терапевт кладет руку на живот клиента и просит, чтобы тот подышал);

4) грудь и живот (путем ощупывания определяется степень болезненности или ощущение щекотки, насколько живот выпущен и т. п.);

5) бедра (посредством интенсивного ощупывания определяется степень болезненности или ощущение щекотки). Особый интерес представляет внутренняя поверхность бедра. Выявляется степень напряженности мышцы или ее «киселеобразность». И напряженная, и «киселеобразная» мышцы являются блокированными в смысле прохождения энергии;

6) ягодицы (техника та же);

7) насколько блокирован таз (подвижность таза вперед-назад при дыхании, вхождение дыхания в таз).

8) Предлагается следующее упражнение: встать, слегка согнув колени, ноги на ширине плеч, тяжесть тела сосредоточена на основании пальцев ног. Нужно как можно дальше отставить таз, при этом немного сгибая ноги в коленях, и сделать движение освобождения кишечника. В этом случае расслабляются мышцы тазового дна. Затем мышцы тазового дна следует «поднять» — они сокращаются. Человек может не чувствовать разницы между сокращением и расслаблением мышц тазового дна, и это свидетельствует о напряженности этих мышц (человек не может их расслабить). Человек также может почувствовать, что лишь сознательное усилие освобождает мышцы тазового дна, которые затем самопроизвольно сокращаются. Генезис напряжений мышц тазового дна связан либо с ранним «тренингом чистоты» (слишком ранним приучением к горшку), либо с ранними мастурбационными запретами, либо может относиться к мастурбационным запретам пубертатного периода.

9) степень напряжения мышц задней поверхности шеи и плеч (важно проверить напряжение паравертебральных мышц цервикального отдела позвоночника, особенно в месте соединения шеи с черепом (техники проверки, как в п. 4));

10) горловые зажимы (проявляются в тихом, несколько завышенном голосе, в возникновении «комка» в горле, спазмах горла при волнениях, достаточно частых подташниваниях при одновременной трудности инициации рвоты);

11) напряжение круговых мышц рта (при привычном хроническом напряжении этих мышц напряжение не осознается, при пальпации верхняя и нижняя губы напряжены, плотно сомкнуты, имеются специфические круговые морщины вокруг рта, нижняя губа может выступать вперед, обнаруживая тенденцию вызова);

12) напряжение жевательных мышц (как в п. 4);

13) напряжение круговых мышц глаз (наличие радиальных морщин, затуманенного взора, «неживых» глаз, отсутствие слез при плаче — признаки глазного блока);

14) уровень укоренения (об этом см. выше).

Необходимо отметить, что прикосновения терапевта к телу клиента не должны содержать элементов сексуальности и эротизма. «Подобные прикосновения подкрепляют глубочайшую тревогу пациента относительно физического контакта и усиливают запрет на глубоком уровне, несмотря на все заверения терапевта, что все в порядке. Не все в порядке. Любое сексуальное вовлечение терапевта является предательством доверия в терапевтических отношениях, и оно подвергает пациента той же травме, которую он испытал в детско-родительских отношениях. Если предательство воспринимается как норма, это ведет к паттерну сексуального внешнего притворства, которое скрывает невозможность установить настоящий контакт через касание» (Лоуэн, 1999, с. 67). Терапевт помогает пациенту снять внутренний запрет на прикосновение, так как отныне оно перестает ассоциироваться с сексом.

Существуют два условия хорошего укоренения. Во-первых, это эластичность коленей — колени должны служить «амортизаторами» тела, смягчая как физические, так и психологические нагрузки, во-вторых — «выпущенный» живот — напряженный живот связан с подавлением сексуальности, печали и т. и. и затрудняет брюшное дыхание.

Опишем ряд упражнений, которые позволяют, во-первых, осознать напряженность мышц и то, как она ограничивает дыхание, и, во-вторых, редуцировать напряжение.

Упражнение 1. Усиление укоренения и вибрации. Исходное положение — ноги на ширине плеч, ступни легко развернуты внутрь так, чтобы почувствовать ягодичные мышцы. Прогнуться вперед и коснуться пола пальцами рук, при этом голову следует опустить как можно ниже, дыхание — ртом, свободное и глубокое. При наклоне вес тела должен быть сосредоточен у основания пальцев ног (рис. 4.6, а).

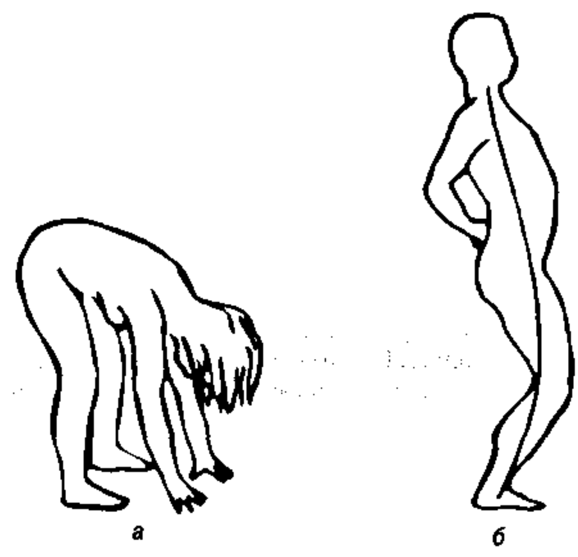


Рис. 4.6

Это упражнение выполняется в течение как минимум 25 дыхательных циклов и постепенно доводится до 60. Через некоторое время ноги начинают дрожать, что означает прохождение через них волны возбуждения. Если же дрожания нет, то ноги слишком напряжены. В таком случае можно спрово-

цировать дрожание медленным сгибанием и выпрямлением ног. Движения должны быть небольшими: их цель — расслабление коленей.

Упражнение 2. «Выпускание» живота. Исходное положение — стоя, ноги на ширине плеч. Легко согнуть колени. Не отрывая пяток от пола, перенести на них вес тела. После этого — как можно сильнее «выпустить» живот. Дыхание свободное, ртом. Цель упражнения — ощущение напряжения в нижней части тела.

Упражнение 3. «Лук» (рис. 4.6, б).

Исходное положение — ноги на ширине плеч. Положить кулаки на область крестца и как можно сильнее прогнуться назад, как натягиваемый лук. Это упражнение также направлено на «освобождение» мышц живота. Если имеются хронически напряженные мышцы, то человек, во-первых, не в состоянии выполнить упражнение правильно (рис. 4.7, *а-г*), а во-вторых, ощущает боль, препятствующую выполнению упражнения.

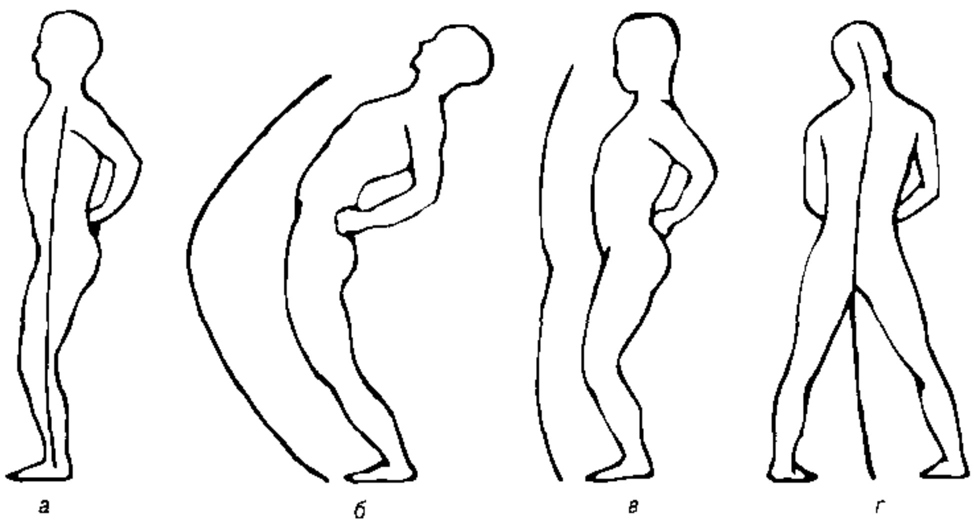


Рис. 4.7. Ригидная спина

Одно из важнейших условий биоэнергетической работы — отсутствие сознательного форсирования дыхания. Поэтому если дыхание поверхностно, то его сознательная стимуляция носит искусственный характер. Поэтому используются некоторые техники, спонтанно углубляющие дыхание.

Упражнение 4. Человек ложится на валик (например, из одеяла), который лежит на табурете высотой 0,5 м (рис. 4.8).

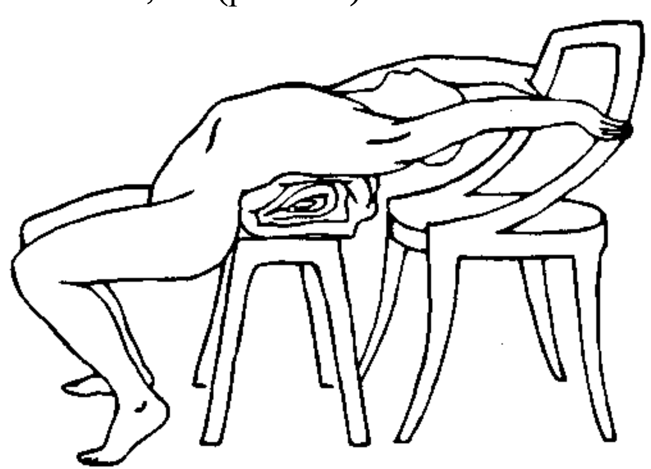


Рис. 4.8

Дыхание ртом. В этой позиции хорошо растягиваются мышцы спины, которые при этом расслабляются, «отпуская» грудь. Дыхание самопроизвольно углубляется. Возможна боль в спине. Если она невелика (и у пациента нет патологий позвоночника), следует продолжать упражнение, и боль уйдет.

Это упражнение настолько энергетически раскачивает подавленные эмоции и ослабляет мышечные блоки, что часто возникает феномен неосознанной экспрессии — возникают плач, рвота. Такая ситуация означает, что биоэнергетическая работа опередила аналитическую. В таком случае нужно ускорить аналитическую работу, так как пациент должен понимать, что с ним происходит.

Упражнение 5 освобождает горловые зажимы и стимулирует спонтанное углубление дыхания. Это же упражнение подталкивает к плачу (а возможно, и к крику). В позиции сидя следует расслабиться (насколько это возможно), а затем выдыхать стоп (один стон на один выдох, который делается как можно дольше). Затем нужно постараться сделать стон и на вдохе. После трех полных циклов стон следует заменить на звук «У-у-у». Когда выход достигает живота, обычно начинается плач, при этом клиент не чувствует никакой грусти. Плач является главным средством исправления дыхания и освобождения напряжения, особенно у детей.

Теперь опишем ряд упражнений на снятие блоков с мышц таза.

Упражнение 6. «Вращение бедрами». Исходное положение — стоя, ноги на ширине плеч. Вес тела сосредоточен на пальцах ног, живот выпущен. Руки лежат на бедрах. В этой позиции человек вращает бедрами слева направо. Это движение должно захватить таз и минимально — верхнюю часть корпуса и ноги. Дыхание свободное, ртом. Необходимо проделать 12 движений в одну сторону, затем столько же в другую. При выполнении упражнения следует обратить внимание на то, сдерживается ли дыхание, сохраняется ли тазовое дно расслабленным, а анальное отверстие открытым, согнуты ли колени.

Нельзя утверждать, что если человек легко делает это упражнение, то он свободен от генитальных напряжений и сексуальных проблем. Но можно утверждать, что если человек не в состоянии легко выполнить это упражнение, то он имеет сексуальные проблемы. Очень важно, чтобы при выполнении этого упражнения человек был укорененным, иначе движениям таза недостает эмоциональной окраски.

Упражнение 7. Движение тазом. Это упражнение помогает осознать напряжение в тазе и нижней части спины. Исходное положение — лежа на спине на полу, ноги согнуты в коленях так, чтобы ступни располагались на полу. На вдохе — упор ягодицами в пол и выпускание живота, на выдохе — таз немного приподнимается, стопы надавливают на пол (укоренение). Упражнение повторяется в течение 15-20 дыхательных движений. Дыхание свободное, ртом. Важно, чтобы в этом упражнении дыхание было брюшным и «шло в таз», дыхательные движения и движения таза должны быть скоорди-

нированы, а ягодицы расслаблены. Если стопы теряют ощущение контакта с полом, это означает, что таз не свободен в своих движениях.

При наличии напряжения в нижней части тела человек склонен подталкивать таз вверх вместо того, чтобы позволить ему свободно колебаться в тазобедренных суставах. В этом случае таз выносится вверх напряженными мышцами живота и напряженными ягодицами. Такое движение таза блокирует его спонтанные движения и редуцирует сексуальный опыт.

Теперь приведем несколько катартических упражнений, обеспечивающих практику экспрессии чувств в контролируемых условиях. Цель этого контроля состоит не в подавлении и ограничении эмоций, а в их эффективной и экономной экспрессии под контролем сознания.

В упражнении 8 человек ложится на кушетку. Ноги расслаблены. Руками следует держаться за край кушетки. Нужно поднять ногу и бить стопой по кушетке с акцентом на пятку (т. е. не просто бить, а лягаться). Сначала это делается в медленном темпе и с небольшой силой, затем темп и сила ударов увеличиваются. В конце удары должны быть очень сильными и очень быстрыми. В ходе упражнения человек должен вспоминать о пережитых несправедливостях и обидах. Это упражнение позволяет выразить гнев, а кроме того, способствует освобождению таза.

Упражнение 9 заключается в том, что пациент бьет по кушетке кулаками (если это мужчина) или теннисной ракеткой (если это женщина), сопровождая свои действия словами «заткнись!», «убью!», «нет!», «почему?!» и т. п. Это упражнение разряжает гнев, но целью терапии является не сама по себе разрядка гнева, а достижение фации, поэтому движения должны быть плавными: перед каждым ударом пациент должен вытянуться всем телом и как можно дальше отвести плечи, как бы натягивая лук, а удар необходимо наносить посредством не сокращения мышц, а отпускания рук из «заряженной» позиции, удар должен быть расслабленным и свободным. Если упражнение выполняется правильно, то от стоп до ладоней протекает волна возбуждения, придавая движениям грациозность. Целью этого упражнения являются не сами удары, а растягивание мышц, что позволяет сиять напряжение с плеч и верхней части спины.

В биоэнергетической терапии имеются и так называемые «разогревающие» упражнения.

Упражнение 10. В основной биоэнергетической позе (ноги на ширине плеч, колени слегка согнуты) выполняется свободное сотрясение тела за счет быстрого сгибания и выпрямления коленей. При этом возникает дыхание, напоминающее собачье. Упражнение осуществляется в течение одной минуты.

Упражнение 11. Пациент подпрыгивает на обеих ногах, лишь слегка отрывая ступни от земли. Упражнение выполняется до появления усталости.

Помимо этого имеются специфические техники снятия блоков рта (крики, имитация рвотных движений, плача и т. п.), глаз (круговое вращение глазами,

перенос взора вдаль — на копчик носа), шеи (вращение шеи в разные стороны). Все упражнения выполняются на свободном дыхании ртом. Разработаны упражнения для всех частей тела в позициях стоя, сидя и лежа.

Выполнение биоэнергетических упражнений позволяет пациентам по-новому почувствовать свое тело и понять, что у них нет контакта со многими его частями, ощутить напряжение, блокирующее как телесные движения, так и выражение чувств.

Дж. Л. Розенберг предложил биоэнергетический тренинг, участники которого выполняют упражнения, разбившись на пары. В такой ситуации каждый участник должен следить не только за тем, что происходит с ним самим, но и за тем, что происходит с его партнером. Чрезвычайно важно, чтобы в ходе выполнения упражнений между партнерами установился контакт, позволяющий каждому из них принять чувства, возникающие в собственном теле, и выразить их в присутствии другого человека. Если во время упражнений возникает сексуальное возбуждение, его нужно пережить всем телом, а не сводить только к генитальному переживанию. После выполнения упражнений следует поделиться с партнером своими переживаниями, а не утаивать их из-за стыда или вины.

Данный тренинг состоит из нескольких сессий продолжительностью по два часа, а каждая сессия — из двух этапов: подготовительного и собственного биоэнергетического. Цель подготовительного этапа заключается в создании высококачественной партнерской коммуникации. Биоэнергетический этап связан с проработкой телесных блоков.

Тренинг включает следующие упражнения:

1) **ощущение другого.** После установления вербального контакта партнеры ложатся «валетом» и кладут руки на животы друг друга в области солнечного сплетения. Партнеры должны почувствовать биение сердца друг друга, синхронизировать дыхание;

2) **разговор глазами.** Это упражнение выполняется в тишине и без слов. Партнеры садятся друг против друга, берутся за руки и смотрят друг другу в глаза. Затем они закрывают глаза и погружаются в себя, а через некоторое время опять «возвращаются» друг к другу. Так делается несколько раз. Упражнение позволяет погрузиться в собственные ощущения и в ощущения партнера;

3) **безмолвный разговор с использованием рук.** Партнеры берутся за руки и с помощью одних рук стремятся сообщить друг другу свои чувства. После этого следует вербальное обсуждение упражнения;

4) **«я — ты»**. Один партнер обхватывает голову другого и, глядя ему в глаза, говорит: «Ты, ты, ты!» Затем они меняются. Такое упражнение способствует установлению контакта;

5) **ощущение энергии другого.** Сидя на пятках, партнеры поднимают руки и сближают свои ладони с ладонями другого, стремясь ощутить его тепло. После этого они начинают «танец руками», причем один партнер ведет, а

другой сопровождает (лидер определяется спонтанно). Движения должны быть медленными. В ходе «танца» партнеры встают и продолжают стоя. Затем следует обсуждение упражнения;

6) **приветствие без слов.** Партнер, который выбрал пассивную роль в предыдущем упражнении, ложится на спину и сгибает ноги в коленях так, чтобы ступни стояли на полу. Активный партнер садится на пятки у головы пассивного (колени активного партнера касаются темени пассивного), после чего максимально приближает руки к ушам пассивного партнера, но не прикасается к ним. Затем активный партнер прикасается к голове пассивного и, пытаясь дышать в его ритме, рассматривает его живот, грудную клетку и старается определить, какие мышцы напряжены;

7) **развитие дыхания.** Исходное положение — как в предыдущем упражнении. Активный партнер без прикосновения подносит ладонь к каждому напряженному участку тела пассивного партнера, что помогает пассивному партнеру расслабить эти участки. Чаще всего напряженными оказываются верхняя (область ключиц) и нижняя (область солнечного сплетения) части грудной клетки. Активный партнер кладет пальцы на эти места и давит на них во время выдоха пассивного партнера. Затем одна рука активного партнера помещается над грудью, а другая над животом пассивного партнера. Пассивный партнер на вдохе сначала поднимает грудь (грудное дыхание), а затем — живот (брюшное дыхание) и, таким образом, совершает полное дыхание. Если пассивный партнер задерживает воздух в конце выдоха, то активный партнер должен положить обе руки на область ключиц и надавливать на его грудную клетку в конце выдоха. Это вовлекает верхнюю часть грудной клетки в дыхание;

8) **массаж задней поверхности шеи, плеч и лица.** Массаж расслабляет мышцы лица, помогает убрать привычную «маску»;

9) **движение тазом.** Пассивный партнер лежит на полу, согнув ноги в коленях и поставив ступни. Активный партнер садится на пятки между ног пассивного партнера, обхватывает его бедра и помогает приподнимать таз на выдохе. Это движение выполняется в течение 5 минут. Важно согласовать движение тазом и дыхание;

10) **направление энергии к полу.** Исходное положение — как в предыдущем упражнении. Во время выдоха пассивного партнера активный партнер давит на его колени. Цель упражнения — повысить у пассивного партнера уровень осознания ступней как опоры;

11) **поднимает таз вверх.** В верхней позиции партнер может почувствовать вибрацию. Во время вдоха лежащий партнер свободно опускает бедра и возвращается в исходную позицию;

12) **на четвереньках.** Пассивный партнер встает на четвереньки, а активный партнер, располагаясь сзади, обхватывает его таз и при вдохе пассивного партнера отводит его таз назад, при выдохе — вперед, тем самым помогая партнеру интегрировать дыхание и движение;

13) **совместная релаксация.** Партнеры лежат на спине, расслабляясь под музыку.

Эти упражнения должны сопровождаться снятием мышечных блоков с помощью массажа, углублением дыхания и постоянным усилением укоренения. В процессе тренинга могут возникать дрожание, покалывания и онемение конечностей, головокружение, плач, рвота, гнев и т. п., что свидетельствует о продвижении терапии.

Пример биоэнергетической терапии.

В разделе «Техника биоэнергетического анализа» были приведены два примера начала биоэнерготерапии. Продолжим описание второго из них (случай музыкантки). Структура тела этой клиентки — выраженное напряжение мышц верхней части спины и плеч, гиперлордоз грудного отдела позвоночника и уплощение поясничного кифоза — свидетельствовала о «сломленном духе», возникающем вследствие ограничивающего или подавляющего воспитания. Пациентка выросла в семье, состоявшей из матери, отчима-алкоголика, бабушки, дедушки и тети с мужем-алкоголиком. Она рассказала, что атмосфера в доме сопровождалась «ужасающими сценами» и постоянным страхом. У женщины имелось выраженное чувство вины, порожденное подавлением гетероагрессии по отношению к угрожающими мужским фигурам в детстве.

Согласно Ф. Перлзу, гетероагрессия по механизму ретрофлексии теряет свой внешний объект и переносится на себя (аутоагрессия). В связи с этим в детских воспоминаниях данной клиентки содержался лишь страх, а не гнев, который отсутствовал и в актуальных переживаниях. Пациентка была доброй, отзывчивой, внимательной к окружающим, но робкой и совершенно неспособной отстаивать свои права, отказывать в каких-либо просьбах, что было вызвано постоянным ощущением вины. Однако подавленный гнев присутствовал в ее теле в виде напряжения мышц плеч и верхней части спины, но сама пациентка этого не осознавала. Упражнение «удар кулаком по кушетке» (описано выше) сопровождалось экспрессией плача, а не гнева.

Основой гнева является движение энергии по спине снизу вверх к рукам и зубам. Таким образом, гневный крик пациента может порождать у него гнев. При этом терапевт должен «вести» пациента, крича и повышая голос вместе с ним. Терапевт попросил пациентку вспомнить, не возникали ли у нее в детстве мысли о том, чтобы мужчины, среди которых она росла, ушли из дому. Подумав, она ответила, что у нее бывали такие мысли, но они сопровождались только страхом и никогда гневом. Тогда терапевт попросил ее «войти» в одну из таких ситуаций и сказать за испуганную девочку одному из мужчин: «Уйди! Уйди! Уйди!.», постепенно повышая голос вплоть до крика. Это способствовало высвобождению гнева.

Был использован и еще один прием провокации гнева: терапевт просил пациентку гневаться на саму себя, причем используя диссоциативную технику

(т. е. обращаясь к себе во втором лице), что позволяет дистанцироваться от Эго.

Затем были использованы вышеописанные упражнения в виде ударов по кушетке кулаками, а потом ногами. Во время выполнения этих упражнений пациентка уже чувствовала небольшой гнев. Кроме того, в ходе этих упражнений у нее не возникло ни спонтанного плача, ни желания плакать. На следующее утро пациентка вспомнила, что действительно был период, когда она очень злилась на этих «страшных мужчин». На приеме она описала ужасающие сцепы насилия и гневно кричала: «Уходи!.» После этого пациентка выполнила упражнения для экспрессии гнева и с облегчением вздохнула. Напряженные мышцы спины и плеч наконец расслабились.

Этот пример демонстрирует общую схему биоэнергетической терапии, не затрагивая технических тонкостей и деталей, которые были описаны выше: работу по восстановлению дыхания, усилению укоренения, техники массажа и т. п.

В процессе биоэнерготерапии пациент проходит ряд болезненных этапов. Биоэнергетическая «раскачка» подавленных эмоциональных импульсов и ослабление мышечной защиты дыханием, массажем и специальными упражнениями актуализирует страх (страх выхода наружу сексуальности, печали, гнева и т. п.). До тех пор пока подавленные чувства, усиливаясь биоэнергетической работой, находятся в границах, соответствующих возможностям их мышечного подавления, страха не возникает. Страх появляется тогда, когда усиленные импульсы начинают прорываться наружу и с ними ведется бессознательная борьба — сильнейшие мышечные напряжения (зажимы) и сдавленное дыхание, вызывающие страх как ступень к экспрессии подавленных импульсов. При терапии депрессии, связанной с моторной заторможенностью, мышечное освобождение первоначально усиливает психологический компонент депрессии, в которой, однако, уже звучит мотив страха. Появление страха в терапии часто является позитивным симптомом.

Биоэнергетическая терапия основывается на четко очерченных признаках психического и физического здоровья, достижение которых на практике требует значительного времени. Приближение к своей первичности, природе — никогда не заканчивающийся процесс. Взгляд на терапию как на перманентный процесс позволяет перевести вопрос об окончании этого процесса в чисто практическую плоскость. Поэтому на вопрос пациентов: «Как долго это будет длиться?» Лоуэн дает следующий ответ: «Вы будете продолжать терапию до тех пор, пока будете убеждены, что на это стоит тратить время, усилия и деньги». Как правило, пациент уходит из терапии, когда чувствует, что сам становится способным отвечать за свое дальнейшее развитие. Пациентам рекомендуется комплекс биоэнергетических упражнений, которые они выполняют самостоятельно дома. Если процесс развития личности, запущенный терапевтом, продолжается без терапевта, то это один из существенных показателей эффективности терапии.

Вопросы и задания.

1. Опишите слои блокировок по Лоуэну.

2. В чем состоит принцип эквивалентности телесных и психологических блокировок?

3. Каковы признаки телесного блока?

4. Что такое характерный тип, характерологическая структура?

5. Какова роль психоаналитической работы в биоэнергетике?

7. Расскажите концепцию укоренения.

8. Какие техники распускания мышечного блока используются в биоэнергетическом анализе?

9. Какую роль играет дыхание в биоэнергетике?

Литература.

Исаев Д. Н., Каган В. Е. Психогигиена пола у детей. — Л., 1986.

Лоуэн А. Язык тела / Пер. Н. Б. Буравовой. — Ростов-на-Дону, 1998.

Лоуэн А. Предательство тела / Пер. Е. Поле. — Екатеринбург, 1999.

Лоуэн А. Терапия, которая использует язык тела (биоэнергетика) / Пер. В. П. Смолова, И. В. Смолова. — СПб., 2000.

Райх В. Психология масс и фашизм / Пер. Ю. М. Донец. — СПб.; М., 1997.

Фейдимен Дж., Фрейгер Р. Личность и личностный рост. Вып. 2. — М., 1992.

Холмс Дж. Нарциссизм / Пер. С. Л. Могилевского. — М., 2002.

Johnson St. Humanizowanie narcystycznego stylu. — Warszawa, 1993.

Lowen A. Duchowosc ciala. — Warszawa, 1994.

Santorski J. Organizm i orgazm. — Warszawa, 1992.

Глава 5. Первичная психотерапия.

Введение.

Артур Янов — выдающийся психолог, создатель первичной терапии — нового направления психотерапевтической практики, ориентированной на лечение не только психологических, но и психосоматических расстройств. Его стиль мышления можно назвать психобиологическим (и в этом смысле синтетическим), не вписывающимся в традиционные каноны психотерапевтической мысли. Он автор более 12 книг, включая международные бестселлеры — его первую книгу «Первичный крик» (1970 г.) и недавно вышедшую «Биологию любви» (2000 г.).

До создания первичной терапии Артур Янов занимался психоанализом. Он получил степени бакалавра и магистра по психиатрии и социальной работе в

Калифорнийском университете (Лос-Анджелес) и доктора философии в области психологии. Закончил интернатуру в психиатрической клинике Беверли Хиллс, работал в нейропсихиатрическом госпитале. В период с 1952 по 1967 г. занимался частной практикой. Янов также работал 2 психиатрическом отделении лос-анджелесской детской больницы, где его интересовала проблема психосоматического взаимодействия.

Янов, опираясь на свою обширную практику (а это тысячи пациентов, с которыми он работал в течение более чем трех десятилетий), показал, что физические и психические болезни могут быть связаны с ранней травмой. Он пришел к выводу, что пациенты могут избавляться от тревоги, депрессии, нарушений сна, алкоголизма, наркомании, лекарственной зависимости, заболеваний сердца и многих других серьезных болезней посредством первичной терапии.

За прошедшие 30 лет первичная терапия утвердила себя как способ лечения психосоматических расстройств и решения сложных психологических проблем. Исследования в Копенгагенском и Калифорнийском университетах подтвердили теорию первичной терапии.

Янов и его жена активно популяризируют первичную терапию, они читали свои лекции едва ли не во всех странах мира. В 1989 г. Янов вместе с женой создали «Первичный центр» в Калифорнии, который проводит лечебные, обучающие и исследовательские программы. Электронный адрес Центра: primal@primaltherapy.com

С. Гроф (1993) справедливо указывает, что истоки данного вида терапии были строго эмпирическими и что она возникла благодаря нескольким случайным наблюдениям, связанным с сильно выраженным облегчением состояния пациентов, позволившим себе в ходе терапии издавать сильные, непроизвольные и примитивно-нечленораздельные звуки или так называемый «рваный» крик.

В течение 17 лет Янов, как клинический психолог и работник системы патронажа, занимался психоаналитической терапией. Профессиональная ориентация Янова была изменена в один день. Это случилось в середине 1960-х гг. В ходе одной из ночных групповых психотерапевтических сессий Янов услышал «жуткий крик, вырвавшийся у молодого человека...» (Prochaska & Norcross, 1994, p. 239). Это был 22-летний студент, который корчился на полу в агонии, казалось, находясь в глубокой гипнотической регрессии (чувствовал, что облачен в пеленки и пьет молоко из бутылочки). Его дыхание было очень частым и спазматичным. Вдруг он начал жутко кричать: «Мама, папа!» После этого крика у него началась рвота. В итоге у пациента наступило значительное улучшение состояния, но никто не знал причины такого улучшения.

В другой психотерапевтической сессии Янов настойчиво просил 30-летнего мужчину обратиться к своим родителям. После долгого отсутствия каких-либо эффектов пациент вдруг «пошел в работу», обнаружив тот же ряд

непроизвольных реакций, которые возникли у первого из описанных пациентов: он начал быстро и глубоко дышать, корчась в конвульсиях, а затем издал ряд леденящих душу криков. После этого возник инсайт: пациент понял основную проблему своей жизни, увидев ее как цепь закономерных событий, начинающуюся в раннем детстве. В результате он почувствовал себя здоровым человеком.

Янов пришел к выводу, что крик был порожден бессознательной раной (болью), которую пациент не в состоянии осознать и выразить и которая возникла в результате первичной (ранней) травмы. Для того чтобы выявить первичную травму, необходимо вызвать терапевтически оправданную регрессию, и Янов начал экспериментировать с различными средствами, способствующими регрессу пациентов в психотерапевтической ситуации. Именно с этого времени Янов занялся исследованием первичной боли и развитием теории и практики первичной психотерапии, которая смогла бы смягчать влияние этой боли на жизнь человека.

В середине 1960-х гг. Артур Янов создал новый вид психотерапии (первичную терапию), вполне вписывающуюся в психодинамическую парадигму, согласно которой в основе неврозов, сексуальных перверсий, различного рода зависимостей и широкого круга психосоматических расстройств лежит неосознаваемая психическая травма, возникающая в детстве. Однако по теории и технике первичная психотерапия значительно отличается от психоаналитически ориентированной терапии. Прохазка и Норкросс (Prochaska & Norcross, 1994) относят первичную терапию к «психотерапии эмоционального наводнения» *(emotional flooding therapies),* куда они включили также вегетотерапию В. Райха, биоэнергетический анализ А. Лоуэна и имплозивную терапию Т. Стампфла. На наш взгляд, такая точка зрения не является бесспорной. Слишком уж различны между собой телесные виды терапии (В. Райх и А. Лоуэн) и имагинальная техника имплозивной терапии Т. Стампфла, чтобы объединять их в один вид психотерапии. С не меньшим основанием в этот вид психотерапии можно включить и клиент-центрированную терапию К. Роджерса, в рамках которой акцент делается не на стимуляцию вербальной продукции, а на активизацию чувственных переживаний. С. Гроф (1993) вводит первичную терапию в рубрику «Экзистенциальная и гуманистическая психотерапия». Очевидно, что первичная терапия имеет выраженный катартический эффект и на этом основании может быть причислена к катартическим техникам.

Мы полагаем, что между достаточно эффективной техникой первичной терапии и ее незатейливой, несколько упрощенной теорией существует своеобразный «зазор». Суть в том, что реальный процесс терапии оказывается шире и глубже, чем концептуальные рамки такой терапии. Поэтому определить место этой психотерапии в системе психотерапевтического знания достаточно сложно. На деле эта терапия занимает особое положение. Терапевтов, прошедших специальное обучение данной технике, очень немного, другими направлениями этот вид терапии игнорируется, студенты, изучающие другие

виды психотерапии, даже не рассматривают первичную терапию, наконец, отсутствуют сравнительные исследования эффективности этой терапии. Можно сказать, что первичная терапия несоотносима с общей психотерапевтической культурой.

Первая книга Янова называлась «Первичный крик. Первичная терапия. Лечение неврозов» *(Primal scream, Primal Therapy. The cure for Neurosis*; 1970)[89]. Этот вид психотерапии не может быть назван «психотерапией первичного крика», так как процесс терапии вызывает не только крик (крик только одна из возможных реакций), но и плач, рыдания, стон и т. п. Такие реакции, или, выражаясь словами Янова, преднамеренно вызванные «примитивности» *(primals)* пациентов являются результатом не механических упражнений (типа восклицания: «Мама, мама!»), а глубоко протекающего эмоционального процесса, связанного с воспоминаниями о ранних травмах.

Теория психопатологии.

Ребенок, приходя в мир, обладает одной главной потребностью — потребностью быть любимым, быть принятым. При нарушении процесса социализации ребенка в семье эта потребность фрустрируется, не удовлетворяется. За счет эффекта кумуляции фрустрация нарастает: накапливаются глубокие обиды, которые ребенок не может (не имеет права) выразить по отношению к собственным родителям. Первоначально такие обиды существуют только как травмирующие эмоциональные переживания, которые подлежат подавлению. Янов указывает, что ребенок, подавивший свое первое болезненное чувство, еще не является невротиком, но он уже пошел по пути к неврозу. Как правило, в возрасте 5-7 лет возникает одно из наиболее травмирующих событий в жизни ребенка. Это событие накладывается на уже существующие обиды и огорчения, резко усиливая их травматичность для сознания. Такое событие Янов называет главной сценой первопричины. Под его влиянием происходит резкое усиление травмирующих воспоминаний и переживаний, связанных с обидами, отвержениями, оскорблениями и т. п. Для каждого конкретного ребенка травмирующий опыт представляет собой «резервуар» сходных болевых воспоминаний, источником которых является одно базовое чувство, например страх, боязнь быть наказанным отцом. Иными словами, главная сцена первопричины переполняет чашу терпения ребенка. Эта негативная, эмоционально высокозаряженная структура вызывает настолько глубокую боль, что не может оставаться в сознании и подлежит вытеснению.

Помимо этого травмирующее событие способствует вербальному оформлению травмы. Если ранее ребенок лишь эмоционально переживал травму, то в результате главной первопричины он приходит к разрушающему выводу: «Если я буду самим собой, меня не примут. Я буду в постоянной боли. Оставаться же с болью — это риск безумия или смерти. Позвольте мне подавить

---

[89] На русском языке книга издана под названием «Первобытный крик» (М., 1997).

мои болезненные воспоминания о том, что я нелюбим. Разрешите мне исказить себя так, чтобы родители могли полюбить меня. Если я стану чистым, покорным, больным или асексуальным, то смогу существовать. В противном случае боль существования нестерпима» (цит. по: Prochaska & Norcross, 1994, p 240).

Такое дополнение переживаний и лишений осознанием катастрофы, неисправимости ситуации, как правило, происходит в возрасте 5-7 лет, когда «ребенок уже способен обобщить конкретный опыт, может попять значение любого события, происшедшего спим в прошлом» (Янов, 2000, с. 158). Ребенок, испытывая нестерпимую боль, подавляет первичные травматичные воспоминания и переживания. Стремление избежать боли объясняется биологически как рефлекторная реакция. Именно эта реакция на первичную боль, которую можно определить как блокировка боли, и лежит в основе патогенеза неврозов. Главная сцена первопричины иногда приходится на первые месяцы жизни ребенка. Кроме того, Янов признает важность травмы рождения, но в отличие от О. Ранка считает, что «именно травматическое рождение приводит к травме. Рождение само по себе является естественным процессом, и я не думаю, что любой естественный процесс должен быть травматичным» (Янов, 2000, с. 218). Янов называет процесс формирования невроза «замораживанием боли».

Подавленная боль проявляется в постоянном напряжении, которое ведет к увеличению частоты сердечных сокращений, повышенной температуре тела, психосоматическим расстройствам, тревожности, беспокойству, мышечному напряжению (судорожное сжатие мышц живота, напряжение позвоночника, сдавленность грудной клетки, сжатие мышц челюсти), позывам к тошноте, гиперсексуальности, чрезмерной разговорчивости и т. п. Таким образом, напряжение проявляется в самых разнообразных симптомах, призванных предупреждать реактивацию первичной боли, отводя энергию от первичного болевого переживания. Так, ребенок, испытывающий эмоциональную боль, связанную с неудовлетворением его потребностей родителями, не скажет им: «Мне грустно и страшно», так как эти переживания табуированы. Вместо этого он находит им символическую замену — например, абдоминальные боли. Янов указывает, что невротики не могут непосредственно почувствовать первичные переживания; вместо этого они ощущают тяжесть в груди, вздутие живота или мучительную головную боль.

Подавленная первичная боль дезактуализируется защитными механизмами. Это может быть неизменная улыбка, как бы говорящая «Будь полюбезнее со мной», физическое недомогание, требующее внимания и заботы, гиперсексуальное поведение мужчины, добивающегося любви всех женщин, за которым лежит желание быть любимым собственной матерью. Характер человека служит защитным образованием. Функцией характера является реализация детских потребностей, и прежде всего потребности быть любимым и принятым. Ребенок старается изменить себя, стать таким, каким родители хотят его видеть, чтобы в итоге они его все-таки полюбили. Например, малень-

кому мальчику не хватает отцовской ласки, так как отец считает, что «мужчину» не следует брать на руки, баловать и целовать. Чтобы угодить отцу, мальчик становится мужественным и, вопреки своим естественным желаниям получить отцовское тепло, проявляет грубость и резкость. Боль первопричины может определить особенности взаимоотношений и жизненный сценарий. Так, главная сцена первопричины, связанная с брошенностью (ребенка оставили одного в больнице), может привести к тому, что всю последующую жизнь невротик будет искать друга или подругу жизни, которые его не бросят.

Защитными могут быть и психопатологические симптомы. Так, страх закрытых пространств может быть преобразованным страхом одиночества; мужской гомосексуализм может быть преобразованным проявлением отсутствия любви к мальчику со стороны отца.

Явление символизма проявлений первичной боли демонстрирует единство феноменов напряжения и защиты. С одной стороны, патогенная энергия первопричины должна дренироваться (отводиться) и проявляться в других областях психики и сомы индивида, а с другой — симптом является символическим выражением эмоций первопричины и, таким образом, препятствует осознанию истинных чувств. Например, мучительные головные боли невротика служат символическим выражением его гнева и ярости. Уход из школы без разрешения представляет собой символическое выражение борьбы за свободу. Неудовлетворенное желание ударить деспотичного отца может найти символическое выражение в напряженных мышцах рук. Символизм — характерное явление в жизни невротика.

Янов рассматривает защиту как психобиологическое явление, включая в нее не только психологические, но и соматические звенья. Он выделяет два типа защит: непроизвольную (склонность к фантазиям, ночное недержание мочи, затрудненное дыхание и т. п.) и произвольную (курение, алкоголь, наркотики, переедание). Произвольные защиты являются внешними и актуализируются тогда, когда непроизвольная защита не снижает напряжения. Например, при активации первичной боли брошенности, ненужности у невротика усиливается тревога, он уходит в запой либо у него резко увеличивается сексуальная или мастурбаторная активность.

Таким образом, подавление первичных переживаний боли закрывает невротика от реальности, заставляет его жить в символическом, ирреальном мире. Невротик не может иметь зрелых чувств, так как его терзают неутоленные детские желания. Например, навязчивые сексуальные желания порождены не реальными сексуальными чувствами, а давней детской нереализованной потребностью в любви. Иначе говоря, прошлое живет в настоящем. Более того, оно извращает это настоящее, забирая его у невротика. Следовательно, невротик не только подавляет первичную боль, но и закрывается от реальности, от реальных чувств и подлинности жизни. За это он расплачивается психопатологическими симптомами, психосоматическими расстройствами (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, колит, упорные головные бо-

ли, псориаз, сердечно-сосудистые заболевания и т. п.), а также разнообразными видами зависимостей (нарко-, табако-, пищевая, сексуальная и др.). Янов (Janov, 1991, p. 6) пишет: «Убийца номер один в современном мире не рак и не заболевания сердца, а подавление».

Боль первопричины обладает следующими характеристиками:

1) она не пережита, а следовательно, является напряженной, неразряженной;

2) она не включена в целостный опыт индивида, образуя бессознательную диссоциированную его часть;

3) она замаскирована, а потому недоступна прямому осознанию.

Травматичный опыт представляет собой напластования одних травм на другие, объединенные общим переживанием или общей группой сходных переживаний. Это, например, постоянно мокрые пеленки, которые никто не меняет, безразличное или грубое обращение с ребенком, недостаток внимания и безутешный плач в течение нескольких часов, недостаток физической ласки, длительное ощущение голода и т. п. — травмы первого года жизни. На них наслаиваются грубость и резкость родителей, неприятие ребенка в более позднем возрасте. Эти переживания завязываются в один узел ключевым переживанием, например ребенка оставили одного (бросили) с незнакомой теткой (нянькой).

Если человеку удастся войти в первичное переживание, относящееся к первым годам (месяцам) жизни, то оно будет столь же травматичным, столь же глубоко переживаться, как будто это не прошлое, а настоящее. Янов (2000, с. 162-163) пишет: «Для терапевтических целей важно понять, что боль первопричины как бы заключена в некую внутреннюю капсулу и остается такой же сильной, какой она была в день своего появления». В психотерапевтическом плане это единственно возможная эффективная психотерапевтическая стратегия — выявить, заново пережить и осознать этот первичный опыт. Вместе с тем этому препятствуют страх и смятение человека. Отведение энергии от первичной боли в работу, спорт и т. п. является паллиативным средством, не решающим ситуацию в принципе. Любое усиление психологической защиты равноценно усилению невроза. С точки зрения первичной теории любая психологическая защита свидетельствует о наличии невроза, и не существует понятия «здоровой» защиты.

Таким образом, важно снять защиты пациента и помочь ему, преодолевая страх и страдания, войти в первичные переживания в психотерапевтическом процессе.

Теория психотерапии.

Для того чтобы восстановить первичные травмы детства, пациенты должны попытаться отказаться от привычных защит. Сначала это отказ от внешних защит и способов дренажа напряжения, исходящего от первичной боли,

— от сигарет, транквилизаторов, алкоголя, телевидения, секса и общения. В первичной психотерапии это достигается тем, что пациент изолирован в гостиничном номере в течение первой педели терапии. Существуют и ограничения питания для тех пациентов, которые имеют зависимость от пищи. В процессе психотерапии ослабевают, вплоть до исчезновения, и непроизвольные внутренние защиты. Это происходит постепенно, пациент становится полностью беззащитным. Количество «защитных слоев» определяет, насколько близко пациент подошел к осознанию своих реальных чувств. Чем больше защитных слоев убрано, тем более выражены тревога и смятение. Поэтому нарастание тревоги является надежным показателем правильного движения пациента в психотерапевтическом процессе. Задача терапевта состоит в том, чтобы «пробивать брешь в крепостной защите» пациента до тех пор, пока пациент не сможет больше защищаться. После этого пациент открывается реальному осмыслению прошлого, подлинным чувствам и подлинному существованию. У невротика чувства гиперболизированы: гипер-гордость, гипер-обида, гипер-злость и т. п. Эта гиперболизация чувств связана с тем, что в актуальной обиде пациента (т. е. происшедшей здесь и сейчас) ощущается боль от первичной раны. Если невротика кто-либо публично обидел, то он сделает вывод: «Я никому не нужен. Я плохой». Эта обида упала на «плодородную почву» опыта отверженности в детстве.

Кроме того, для невротиков характерно переживание чувств вины, стыда, гнева, страха и т. п. Это не собственно первичные переживания боли, а лишь реакции на боль. Так, в основе ощущения вины лежит страх потери родительской любви, поскольку это чувство связано с поведением, позволяющим снять напряжение. В основе стыда лежит попытка отстраниться от собственных переживаний («Мне так стыдно») и извиниться за плохое поведение, лишь бы не чувствовать того, что тебя не любят. Одним словом, это ирреальные чувства. Часто эти чувства принимаются за «самую глубину чувств», и предполагается, что глубже переживаний нет. В рамках первичной терапии эти переживания рассматриваются как псевдочувства, являющиеся символическими заменителями, исполняющими функцию подавления главного чувства первопричины и неудовлетворенной потребности в родительской любви. Поэтому в процессе первичной терапии следует прорваться сквозь завесу этих интимных и глубоких переживаний, которые маскируются под первичные чувства. Во многих вербальных психотерапевтических подходах переживания вины, стыда и т. п. являются тем пределом, ниже которого работа не осуществляется. На рис. 5.1 представлено соотношение первичных чувств и псевдочувств.

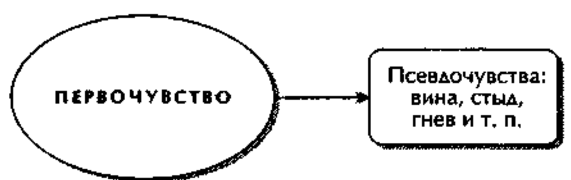


Рис. 5.1. Топографическая модель первичных чувств и псевдочувств

Важный вопрос заключается в том, какое первочувство блокируется, какая основная потребность фрустрируется. Янов пишет, что потребность в любви «пронизывает весь организм, и ее недостаток оказывает искажающее действие и на тело, и на сознание. Именно такое специфическое искажение является защитной системой» (Янов, 2000, с. 184). Впрочем, утверждение, что основной причиной всех дальнейших проблем является именно фрустрация потребности в любви, судя по приводимым Яновым психотерапевтическим примерам, не столь однозначно.

Во многих видах психотерапии основная терапевтическая фрустрация осуществляется в интеракции «пациент — терапевт»: терапевт конфронтирует с убеждениями, мыслями и переживаниями пациента. В первичной терапии ирреальная часть пациента конфронтирует с реальной. Иначе говоря, это глубоко личная терапия под руководством опытного инструктора. Поэтому сам психотерапевтический процесс не проходит стадии, типичные для многих интерактивных типов психотерапии (стадии «медового месяца», разочарования и рабочего альянса).

Хорошие терапевтические отношения — только необходимое условие для эффективной терапии. Прохазка и Норкросс (Prochaska & Norcross, 1994) формулируют ряд требований к таким отношениям.

Пациент должен достаточно сильно доверять терапевту, чтобы позволить ему атаковать защиты пациента и пуститься в путешествие, которое является для последнего эмоциональным адом. Пациенты должны верить терапевту и в том, что предлагаемое путешествие уводит от невроза, а не усугубляет его. Терапевт устанавливает с пациентом **отношения безусловного принятия.** Пациенты могут кататься по полу, разрывать на части подушку и даже раздеваться и мастурбировать без опасения быть не принятыми терапевтом.

Эмпатия помогает первичному терапевту понять природу чувств, которые высвобождаются у клиента, и вербализировать их. С помощью эмпатии терапевт направляет пациента по вектору первичного чувства: «Папа, я *боюсь* тебя (интонация вниз)» или «Я *ненавижу* тебя, мама (интонация вверх)». При этом психотерапевт использует тональные воздействия на пациента: интонация вниз — для введения его в плач и интонация вверх — для введения его в гнев. Когда пациент входит в первичное переживание, психотерапевт прекращает его вести, а также прояснять ему его чувства. Пациенты превращаются в сплошную рану, через них проходит первичное чувство, которое они хорошо осознают. Первичное переживание, само по себе, прозрачно для пациента. Терапевт не должен форсировать переживание пациента ни по интенсивности, ни по скорости его протекания. Пациент может выдержать ровно столько, сколько он переживает. Превышение этого предела опасно. Поэтому в момент переживания пациентом первочувства терапевт занимает безучастную позицию, не нарушает процесс.

Первичный терапевт должен быть **конгруэнтным,** искренне доверять процессу и позволять этому процессу продолжаться даже тогда, когда психоте-

рапевты, исповедующие другие пути терапии, могли бы испугаться последствий и прервать катартический процесс.

Невроз сформировался как результат последовательных вытеснений (подавлений) психотравмирующего опыта. Путь из невроза представляет собой движение пациента в глубь своих травматичных переживаний, в амнезированный опыт. При этом глубина амнезии может быть разной. Янов (2000, с. 167) отмечает, что «если критическая ситуация оказывалась совершенно невыносимой — например, в нашей практике был случай изнасилования ребенка, — то боль может заблокировать значительную часть памяти, т. е. не только это событие, но и воспоминания последующего года или двух лет жизни».

Механизмы терапии.

Саногенные механизмы первичной терапии многообразны. Цель терапии — выявить, осознать и пережить заблокированные первичные чувства. Это психотерапевтическое движение пациента к первичным чувствам метафорически можно представить как оживление и последующее «отшелушивание» слоев травматичных воспоминаний и связанных с ними переживаний. Поэтому психотерапевтическими механизмами в первичной терапии являются:

1) **катарсис** — разрядка патогенной энергии заблокированных чувств травматичных слоев опыта. Прохазка и Норкросс рассматривают этот механизм в первичной терапии как саногенный. Вместе с тем, строго говоря, он не является именно терапевтическим средством и дает лишь временный эффект снятия напряжения. С этой точки зрения крик — только разрядка, а не терапия;

2) **высвобождение** подлинных переживаний (первичных чувств), достижение подлинности бытия;

3) **осознание** заблокированных первичных переживаний, восстановление единства мнестической системы, которая ранее была расщеплена;

4) **восстановление** нормального движения энергетики в теле;

5) достижение **релаксации** (об этом см. ниже в разделе «Результаты терапии»);

6) достижение **интеграции личности**.

Янов выявил удивительный **феномен безболезненной боли,** суть которого состоит в том, что, несмотря на переживание боли первичного чувства, несмотря на все стоны, крики и конвульсии пациентов, эта боль не травмировала их. Янов приводит высказывание одного из пациентов: «Эти ощущения совсем не похожи на ту боль, которая бывает, например, когда вы порезали руку. Переживая сцену первопричины, вы даже подумать не можете о том, где у вас болит. Вы просто ощущаете всем своим существом некое скверное чувство. Но оно не травмирует вас. Вероятно, даже можно сказать, что эти боли приятны, поскольку в конце концов наступает облегчение, и вы обретаете подлинную способность чувствовать» (Янов, 2000, с. 232). Янов (2000,

с. 233) комментирует это высказывание следующим образом: «Это не значит, что восстановление личности проходит без каких-либо неприятных ощущений, но если они прочувствованы и осознаны, то уже не смогут трансформироваться в боль. Печаль не вредна для человека. Однако он будет травмирован в том случае, если ему не разрешают проявить свою печаль, если лишают возможности выразить свое горе. То есть чувство есть антитеза боли. Диалектика первичной методики состоит в следующем: чем больше боли человек прочувствует, тем меньше он будет страдать от боли».

Психотерапевты разных направлений работают с детским возрастом пациента и связанным с ним криком. Вместе с тем собственно терапевтическим эффектом обладает реактивация прошлых травм, их переживание. В отчете одного из пациентов отмечается, что «возрождающаяся травма гарантирует здоровье и свободу от разрушительного прошлого».

Психотерапевтический процесс связан с регрессией пациента. Глубина этой регрессии постоянно нарастает. В психоаналитической традиции регрессия связана с трансферентными явлениями. В первичной же психотерапии трансфер не поощряется. Когда обсуждается возможность использования в ней психодраматических средств, то это считается в принципе возможным, но нецелесообразным по той причине, что каждый должен оставаться самим собой, а не стать кем-либо (папой, мамой и другими значимыми людьми). Первоначально регресс связан с бифокальностью: пациент одновременно чувствует себя находящимся в двух состояниях. С одной стороны, это состояние регрессивного внутреннего процесса, а с другой — одновременное осознание этого процесса с позиции взрослого. Когда же пациент входит в первичное чувство, то он теряет контроль над собой — «сцена первопричины не подвергается никакой мысленной обработке, человек не задумывается о том, что делает» (Янов, 2000, с. 233), «переставая контролировать себя, он осознает связь чувства с его источником. Полностью теряя контроль над собой, пациенты наконец-то могут установить эту связь, поскольку *самоконтроль почти всегда означает подавление реального "я"*» (Янов, 2000, с. 220). Отказ от самоконтроля в данном контексте связан с разрушением защит. Первичное переживание прозрачно для пациента и пациент не нуждается в интерпретациях терапевта. Прозрачность чувств свидетельствует о разрушении символизма в переживаниях пациента.

В первичной терапии используются два специфических средства повышения напряженности и срыва защит. Это глубокое дыхание, которое снижает уровень коркового контроля и повышает общий уровень напряженности в связи с общей энергетизацией организма, а также изоляция пациента в течение первых трех недель терапии. Изоляция пациента осуществляется в гостиничном номере и сопровождается запрещением читать, смотреть телевизор, разговаривать по телефону, заниматься сексом, курить, мастурбировать и т. п., т. е. всего того, что привычно дренирует напряжение.

Процесс и техники терапии.

Желающие пройти терапию должны обратиться в Центр первичной терапии, расположенный в Калифорнии. Они получают по почте анкету, которую должны заполнить и отослать обратно. В анкете они кратко излагают свою биографию, а также помещают свое недавнее фото. После этого назначается дата личного собеседования, которое проводится в самом Центре или в Париже (для европейцев). Будущие пациенты проходят медицинский осмотр. После этого, если нет противопоказаний к первичной терапии, пациенты прибывают в Центр, где в течение первых трех недель постоянно находятся в гостиничном номере. Пациентам запрещается читать, смотреть телевизор, общаться по телефону и тем более заниматься сексом; тех, кто склонен переедать, ограничивают в еде и т. п. Собственно терапия начинается на следующий день после приезда.

Сама терапия состоит из двух этапов:

1) индивидуальная терапия в течение 3 недель. В это время пациент не работает (не ведет профессиональную деятельность);

2) групповая терапия в течение нескольких месяцев (как правило, 8-10 месяцев).

В это время пациент уже может работать.

Этап индивидуальной терапии.

Теоретически время встреч пациентов с терапевтом в течении одной сессии не ограничено, практически сессии почти всегда укладываются в 2-3,5 часа. Обычно в этих пределах пациенты доходят до «примитивностей», достаточно интенсивных для дренажа энергии первичной боли. Если пациенты терапевтически толерантны, то терапевт может запретить ночной сон, чтобы вызвать усталость.

На первый сеанс индивидуальной терапии пациент приходит измученным: ему пришлось отказаться от курения, транквилизаторов, он встревожен мыслями о предстоящем сеансе. Пациент ложится на кушетку (на спину, вытянувшись всем телом). Именно в этой позе он чувствует беззащитность (в эмбриональной позе человек более закрыт и чувствует себя в большей безопасности). Начиная с первой сессии терапии клиенты должны сосредоточиться только на первых 12-15 годах своей жизни и попытаться описать эти воспоминания так, как будто все происходит прямо сейчас. Мы говорили о том, что задача психотерапевта состоит в ослаблении, а затем и снятии защит пациента. Если пациент противится воспоминаниям, то терапевт настаивает на своем. Пациент, рассказывая о себе, может философствовать, почти не проявляя чувств. Он занимает позицию некоего стороннего наблюдателя за своей жизнью. Очевидно, что это защитная позиция пациента, которая должна быть сломлена. Пациент может «стопориться», мало вспоминать, говоря: «Я не в состоянии больше ничего вспомнить». Психотерапевт настойчиво требует воспоминаний пациента. При преодолении первичных барьеров входа в

воспоминания детства у пациента начинают возникать переживания. Сначала это слабые чувства и нестойкие переживания. Вход в воспоминания осуществляется «маятникообразно»: сначала прошлые события предстают перед мысленным взором на короткие мгновения, но затем в памяти пациента начинают всплывать целые развернутые сцены. Борьба за то, чтобы войти в измененное (регрессивное) состояние сознания, где прошлое переживается вновь, является **первой ступенью терапии**, и это наиболее трудный этап, так как пациенты, сделав шаг вперед, могут затем «соскользнуть» назад в связи с нарастанием тревоги и усталости. Постепенно защиты начинают ослабевать — они уже не удерживают возрастающее напряжение. В результате можно наблюдать глубокие вздохи пациента, нервные тики, возможен скрежет зубов, приходят в движение его руки и ноги, он моргает и хмурит брови. Психотерапевт дает задание: «Постарайся понять это чувство!» Пациент входит в поверхностный слой подавленных переживаний.

На **второй ступени** психотерапевт активизирует «понятое» чувство. Известно, что акцентирование выдоха (выдох глубокий и полный) приводит к высвобождению чувств. Поэтому, когда пациент осознал чувство (не раньше!), терапевт активизирует это переживание: «Откройте рот как можно шире и не закрывайте его! А теперь выталкивайте, выталкивайте это чувство из живота вместе с воздухом!» Особенность глубокого дыхания состоит в том, что оно задействует мышцы живота. Дыхание «из живота» позволяет высвободить глубоко блокированные чувства, как, например, рыдания «из живота», крик «из живота». Гипервентиляция приводит к снижению коркового контроля, энергетизации организма и способствует усилению напряженности мышц.[90] Пациент напряжен, корчится и дрожит. В этот период глубокое дыхание становится непроизвольным, а страх нарастает. С одной стороны, высвобождаемое чувство «понятно» пациенту: он, сталкиваясь с детскими воспоминаниями отвержения, изоляции, оскорбления и т. п., видит связи между своими невротическими потребностями в одобрении и прошлыми отвержениями; между своими излишествами в еде или питье, которые наблюдаются в настоящее время, и лишениями в прошлом; между своей склонностью к переживанию гнева или соперничества и их прошлыми фрустрациями; между своим страхом быть честным и открытым в настоящем и оскорблениями в прошлом. С другой стороны, пациент чувствует, что за его детскими отвержениями, лишениями, оскорблениями лежит более глубокая эмоция — та, о которой и подумать страшно и которую лучше не осознавать. Именно поэтому в терапевтической сессии нарастает страх. Терапевт, например, чувствует, что за ситуациями оскорбления в детстве лежит глубоко заблокированный гнев на отца. Терапевт «ведет» пациента к осознанию и высвобождению гнева. Естественно, в этот период может наблюдаться усиление защит. Задача терапевта — устранить все проявления защитной системы пациента. «К примеру, если он говорит тихо, надо заставить его говорить громко. Если он

---

[90] Это связано с тем, что повышение энергетики патогенных чувств приводит к усилению мышечных защит — систем мышечных напряжений, сдерживающих высвобождение этих чувств.

склонен к философским рассуждениям, надо постараться подвести его к простому описанию реальной жизни... Так или иначе, на каждом сеансе мы должны постоянно подчеркивать его излишнее мудрствование» (Янов, 2000, с. 211). Защиты могут принимать самые невероятные психологические (настороженность, робость, вежливость, исполнительность, враждебность, смешливость, попытки сменить тему разговора и т. п.) и телесные маски (пациент стремится изменить исходную позу — сгибает ноги в коленях, отворачивается, садится на кушетку, зевает и т. п.). Важно пресекать любые проявления защит: не позволять пациенту менять тему разговора, изменять позу на кушетке, замыкаться в себе и т. п.

На **третьей ступени** терапевт, понимая (или, скорее, чувствуя) характер блокированных чувств пациента, предлагает ему их выразить. Это высвобождение происходит в форме обращения к объекту чувств. Например, психотерапевт говорит пациенту: «Скажи папе, что ты зол на него!» Если пациент отказывается, то терапевт настаивает: «Постарайся сказать ему об этом! Говори!» Сначала у пациента это может не получаться: например, он начинает утверждать, что все давно прошло и он больше не чувствует зла на отца. В этом случае важно, чтобы пациент в деталях воспроизвел те воспоминания детства, в которых отец сильно его злил. Затем терапевт тонально подводит пациента к высвобождению гнева. Это может не произойти за одну сессию — для этого требуется время. Первое чувство злости по отношению к отцу может возникнуть и вне рамок терапевтической сессии, например в сновидении. Для ускорения снятия психологических защит пациенту, в зависимости от многих обстоятельств, может быть рекомендовано отказаться от сна. В свои чувства пациент заходит постепенно: то «ныряя в них», то выходя из них. Например, пациент может скатиться с кушетки на пол, корчиться в судорогах, чувствуя приступы тошноты, бить кулаками по полу и т. п., а в конце сказать: «Папа, я буду хорошо себя вести...» Иначе говоря, пациент отступает от подлинных чувств, проявляя псевдочувства вины. Пациент должен чувствовать поддержку, доверие и твердую руку терапевта, чтобы, приняв решение пойти на психотерапию, он смог пройти ее до конца.

Динамика содержания терапевтических сессий представлена на рис. 5.2.



Рис. 5.2. Динамика содержания терапевтических сессии в ходе психотерапии

Снятие защит приводит к ужасным переживаниям клиента, делает его очень уязвимым, а состояние весьма опасным. Поэтому психотерапевт должен быть доступен для клиента в течение первых 3 недель лечения в течение 24 часов в сутки.

Вместе с тем пациент сопротивляется «вхождению» в ситуацию первопричины, что может проявляться и в нежелании глубоко дышать (тем самым он

сдерживает высвобождение своих чувств), и в отношении к терапевтическому процессу и инструкциям терапевта как к чему-то несерьезному. Для углубления дыхания можно надавить пациенту на живот. Здесь важно подчеркнуть, что форсирование дыхания возможно только тогда, когда пациент готов к переживанию глубоких чувств, а не ранее.[91]

Перед тем как выявить, осознать и пережить главные сцены первопричины, у пациента могут обостриться или появиться психосоматические симптомы: боли в спине, парапарезы, давление на плечи и грудную клетку, головная боль и т. п. Янов пишет: «Если чувства первопричины заблокированы, боль, вероятно, в поисках выхода в первую очередь нападает на различные органы или системы человеческого тела» (Янов, 2000, с. 225). Физическая боль представляет собой проявление первопричины при заблокированных чувствах. Такая боль носит символический характер: парапарез — символ беспомощности, головная боль — ярости, давление на плечи — тяжелой жизненной ноши, напряженные руки — неудовлетворенное желание ударить деспотичного отца и т. п.

Начиная со второй или третьей недели первичной терапии пациенты начинают сталкиваться со сценами первопричины. Возможны разные варианты вхождения пациентов в главные сцены первопричины:

1) **кинестетический вход** — физические ощущения, непонятные пациенту, трансформируются в воспоминания и сопровождающие их переживания;

2) **визуальный вход** — восстановление визуальных подробностей некоторой ситуации открывает пациента к чувствам, а те, в свою очередь, открывают сцену первопричины;

3) **аудиальный вход** — пациенту необходимо говорить, чтобы вспомнить сцену первопричины и начать чувствовать.

Кроме того, Янов описывает два временных варианта входа в сцены первопричины: 1) моментальный вариант, когда пациент сразу восстанавливает основную психотравму, и 2) постепенный, растянутый во времени вариант (это случается чаще), когда для восстановления сцены первопричины требуется значительное время (возможно, несколько месяцев). Выбор варианта, по которому пойдет пациент, зависит от возраста, в котором случилась главная первопричина, от глубины боли, от силы защитной системы и от типа используемых защит.

Янов выделил признаки, свидетельствующие о том, что пациент переживает первопричину:

1) своеобразие лексики и манеры разговора — пациент разговаривает, как ребенок;

2) потеря ощущения времени. Например, пациент говорит: «Мне кажется, что с начала сегодняшнего сеанса прошло много лет»;

---

[91] В этом пункте имеются расхождения с техниками телесно-ориентированной терапии В. Райха и А. Лоуэна.

3) пациент полностью захвачен сценой первопричины: хотя пациенты могут выйти из этого состояния в любое время, они настолько захвачены этой сценой, что не хотят из нее выходить.

При переживании сцен первопричины пациент издает крик. Первичные крики, однако, являются только наиболее драматическим высвобождением болезненных воспоминаний. К сожалению, вся боль не высвобождается сразу.

Как отмечает Янов, подлинность крика первопричины можно установить безошибочно. Первичный крик характеризуется глубиной и непроизвольностью.

Создается впечатление, что пациент кричит не сам, а что-то или кто-то кричит в нем. Такой крик пронизывает все существо пациента и сопровождается дрожью, движениями тела и т. п. Это может быть крик-гнев, крик-боль, крик-плач и т. д. Помимо крика в ситуации переживания первопричины могут появиться и другие реакции: рыдание, стон, метания, плач, удары ногой, проклятия и др. Могут быть и выражения чувств к родителям, например: «Папочка, не бей меня!», или «Мамочка, мне страшно!». Это то чувство, которое не было высказано в детстве из-за табуированности.

Существуют признаки, свидетельствующие о том, что пациент пережил сцену первопричины:

1) ощущение опустошенности у пациента;

2) проявление зрелости — не просто возвращение к былому тембру и манере разговора, а появление более низкого и выразительного голоса;

3) пациент открывает глаза и моргает, словно возвращается в реальность из «сна» прошлых переживаний;

4) глубина происшедших психологических и соматических изменений — повышение настроения, снижение напряжения и тревоги, падение кровяного давления у гипертоников, изменение осанки и т. п.

Как правило, к концу третьей недели защитные системы пациентов оказываются разрушенными и пациенты успевают пройти ситуацию первопричины.

Этап групповой терапии.

После 3 недель индивидуальной терапии пациенты объединяются в группу. Группа собирается, как правило, два раза в неделю по три часа, а продолжительность групповой терапии составляет 8-10 месяцев. Группа используется не для интеракций, а для продолжения переживания сцен первопричины. В течение этой стадии пациенты используют терапевтические группы и своих терапевтов для поддержки переживания первичных чувств.

Эта стадия также очень трудна, поскольку пациенты лишены защит и болезненные чувства выходят на поверхность. В этой группе все внимание пациент сосредоточивает на себе, на своих внутренних ощущениях, переживания других могут резонировать с собственными переживаниями, многократ-

но усиливая их. Пациент может лечь на пол, корчиться, дрожать, плакать, стонать, кричать и т. п. Одновременно на полу может оказаться 6—8 человек. При этом каждый занят своим переживанием. В среднем восстановление одной сцены первопричины занимает полчаса, а после этого пациент может молча пролежать еще час, восстанавливая причинно-следственные связи между первичной болью и проблемами собственной жизни. В конце занятия пациенты обычно делятся своими переживаниями, но это не обязательная часть терапии.

Результат терапии.

Некоторые исследования свидетельствуют о достаточно глубоких сдвигах, происходящих с людьми, прошедшими первичную терапию. Так, Янов (Janov, 1971) указывал, что пациенты, прошедшие первичную терапию, не склонны спешить, торопиться и являются более реалистичными (предпочитают реальную работу, например плотника, более престижной, но менее реальной), любят слушать музыку и расслабляться. У них значительно снижены жизненные амбиции, а сексуальная жизнь становится менее частой, но более удовлетворяющей. У. Карл, Р. Корриер и Дж. Харт (Karle, Corriere & Hurt, 1973) сравнили 29 пациентов, проходивших первичную терапию, с активной группой контроля (10 человек, выполнявших ежедневную 1,5-часовую программу физической нагрузки) и с пассивной контрольной группой (10 человек, проводивших ежедневно 1,5 часа за чтением). У членов каждой группы ежедневно, до и после 1,5-часового занятия, измеряли кровяное давление, пульс, ректальную температуру и ЭЭГ-активность. Изменения в кровяном давлении были незначительными. Больший процент пациентов первичной терапии показал значимое снижение частоты пульса по сравнению с активной контрольной группой, но не с пассивной контрольной группой. Изменения ректальной температуры были высокими: 82% пациентов первичной терапии показали большее снижение этого показателя по сравнению с активной контрольной группой и 18% — по сравнению с пассивной контрольной группой. На ЭЭГ-показателях контрольных групп не было изменений, в то время как у пациентов первичной терапии отмечалось снижение уровня альфа-волн, а общая картина ЭЭГ была подобна той, которая отмечается у людей, находящихся в состоянии физиологической релаксации, в то время как они были активны во время терапевтической сессии. Практически все имеющиеся эмпирические исследования относятся к биологическим коррелятам невротических расстройств и физиологическим изменениям, происходящим в первичной терапии.

Янов отмечает, что человек, прошедший первичную терапию, «полностью избавляется от физических (психосоматических) симптомов, которые являются символическими болями. Кроме того, человек избавляется от таких очевидных невротических привычек, как курение и пьянство. При всем желании эти пациенты уже не могут совершить поступок, который не соответ-

ствует их реальным склонностям. У них не могут возникнуть прежние головные боли, поскольку эти боли были частью защитной системы, подавляющей реальные чувства. Их защитной системы больше не существует. Они не смогут курить без отвращения. Неприятный запах сигаретного дыма незамедлительно вызовет соответствующий отклик. Уйдут в прошлое навязчивые сексуальные желания, поскольку не будет уже прежней необходимости снимать символическое напряжение посредством секса. Пациенты перестанут переедать, так как переедание было символическим актом подавления чувств» (Янов, 2000, с. 236). Пациенты, прошедшие курс первичной терапии, более открыты опыту и чувствам, поэтому им придется испытать более сильные страдания, чем прежде, но это реальные страдания. Таким образом, здоровый человек — это человек, полностью лишенный системы психологической защиты. Кроме того, Янов указывает, что у пациентов, прошедших полный курс, меняется походка, осанка, тон голоса. Они становятся здоровыми не только психически, но и соматически.

Янов утверждал, что 100% его пациентов-невротиков (выборку составили 68 больных) были излечены. В других сообщениях он указывает, что возрастной разброс его пациентов составил 17-48 лет, но чаще всего это были пациенты в возрасте от 20 до 30 лет. Большинство из них ранее уже прошли другие виды терапии. В приведенных Яновым данных отсутствуют объективные критерии эффективности — не было групп контроля, не выявлялась сравнительная эффективность первичной терапии по отношению к другим видам терапии, а кроме того, эффективность замерялась тем специалистом, который сам проводил терапию.

У. Карл, Р. Корриер и Дж. Харт (Karle, Corriere & Hurt, 1973) утверждают, что несмотря на то что пациенты первичной терапии были более релаксированными и обнаруживали более медленный обмен веществ, нет данных, подтверждающих заявление Янова (Janov, 1970, 1991) о том, что первичная терапия лечит неврозы. Они указывают, что данные об эффективности других видов катартической терапии, таких как аутогенная терапия (Luthe, 1969), свидетельствуют о таких же кратковременных физиологических изменениях. Однако Янов (Janov, 1971; Janov, Holden, 1975) использует данные У. Карла и соавторов (Karl et al., 1973) для подтверждения преимуществ собственной терапии.

Холден (Janov, Holden, 1975) сообщает, что даже после двухлетней первичной терапии у многих пациентов сохраняются невротические симптомы. Это противоречит заявлениям Янова. Из 83 мужчин и женщин, прошедших по крайней мере 3 месяца первичной терапии, Холден приводит лишь единичные истории болезней, в которых отмечаются улучшения в весе, сне, еде и других симптомах. Подытоживая полученные данные, он утверждает, что большинство пациентов в процессе терапии обнаруживают следующие изменения: исправление осанки, очистку синусов, углубление дыхания, нормализацию аппетита, увеличение удовольствия от секса и смягчение мышечного напряжения.

Прохазка и Норкросс (Prochaska, Norcross, 1994) отмечают, что скрытая экспертиза пациентов свидетельствует о том, что у некоторых из них наблюдался рост сексуальных конфликтов, мышечного напряжения, расстройств сна, а также обострение симптомов болезней в течение 3 месяцев первичной терапии.

С. Гроф (1993, с. 204) отмечает, что сенсационные заявления об улучшении эмоционального состояния и потрясающих телесных изменениях (увеличение размера груди у женщин с маленьким бюстом, рост волос у лысых мужчин, улучшение кровообращения, повышение периферийной температуры тела, повышение сексуального аппетита и способности к оргазму и т. п.) не выдержали эмпирической проверки. «Многие пациенты подвергаются первичной терапии в течение многих лет без сколько-нибудь заметного прогресса, а иногда наблюдается даже ухудшение клинической картины вместо ее улучшения» (Гроф, 1993, с. 204).

Янова (Janov, 1991) спрашивали, почему он считает, что первичная терапия эффективна только для лечения неврозов. Его ответ (Janov, 1991, p. 365) вряд ли можно считать убедительным: «Я более двадцати лет занимаюсь первичной терапией и, надеюсь, стал более знающим. Но я все еще продолжаю так думать, потому что в моем активе двадцать лет работы и тысячи пациентов». На сайте Центра первичной терапии прямо указывается, что первичная терапия является самым эффективным средством лечения неврозов. Неудачи лечения неврозов методом первичной терапии объясняются тем, что ею занимается много людей и центров, не прошедших специального обучения в Центре Янова в Калифорнии. На этом сайте приведен список, включающий 26 фамилий психотерапевтов и центров США, Канады, Великобритании, Новой Зеландии, Франции, Австралии и Швейцарии, выдающих себя за первичных терапевтов, но не прошедших соответствующего обучения, а также указывается, что в пятистах клиниках мира первичная терапия используется неквалифицированно. Список же сертифицированных этим Центром психотерапевтов включает всего 10 человек из Германии, Греции и Швейцарии. Гроф (1993) отмечает, что некоторые терапевты, использовавшие методы первичной терапии, из-за серьезных расхождений как в теории, так и в практике расстались с Яновым и его организацией и создали собственные независимые центры первичной терапии, которые, естественно, не признаются Центром Янова. Существуют и терапевты (Rose, 1976), которые практикуют терапию близкую, но все-таки отличающуюся от терапии Янова, и называют ее «интенсивная чувственная терапия» *(intensive feeling therapy)*. Сотрудники Центра первичной терапии Янова указывают, что первичная терапия не в их руках может быть очень опасной. По этой причине Янов в своих публикациях не раскрывает полную процедуру и методику лечения. Так как имеется немного терапевтов, обученных Яновым или одним из его сертифицированных учеников, первичная терапия малодоступна.

Янов также лечил первичной терапией наркоманию, гомосексуализм, невротическую депрессию и антиобщественное поведение. Позднее он заявил

(Janov, 1991, p. 239), что первичная терапия показана всем, включая и лиц, страдающих психозами, и что, в отличие от вербальных видов терапии, для успешности данной терапии не имеет значения уровень интеллекта. Недостаточно интеллектуальные пациенты также успешны в первичной терапии, как и более интеллектуальные.

В настоящее время существенно расширены возрастные рамки первичной терапии. Ранее представители этой школы терапии считали, что люди после 60 лет не способны к радикальным переменам, но позднее это мнение было опровергнуто опытом терапевтической работы. Имеется также удачный опыт работы с 4-летней девочкой.

Вопросы и задания.

1. Что такое ключевая сцена первопричины?
2. Каков патогенез неврозов в первичной теории?
3. Что является мишенью в первичной терапии?
4. Каковы саногенные механизмы первичной терапии?
5. Опишите процедуру и технику первичной терапии.
6. Каковы показания к первичной терапии?

Литература.

Гроф С. За пределами мозга / Пер. с англ. А. Андрианова, Л. Земской, Е. Смирновой под общей ред. А. Дегтярева. — 2-е изд. — М., 1993.

Первичная терапия Янова // Руководство по телесно-ориентированной терапии. — СПб., 2000. — С. 154-243.

Янов А. Первобытный крик. — М., 1997.

Prochaska J. O., Norcross J. C. Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis. — 3rd ed. — Belmont, 1994. — P. 239-247.

Janov A. The new primal scream: Primal scream. — New York, 1970.

Janov A. The anatomy of mental illness: The scientific basis of primal therapy. — New York, 1971.

Janov A. The new primal scream: Primal therapy 20 years on. — Chicago, 1991.

Janov A., Holden E. (Eds.) The primal man. — New York, 1975.

Karle W., Corriere R., Hart J. Psychophysiological changes in abreactive therapy: Study 1. Primal therapy // Psychotherapy: Theory, Research and Practice. — 1971. — № 10. — P. 117-122.

Luthe W. Autogenic Therapy. — Vol. 1. — New York, 1969.

Rose S. Intense feeling therapy // P. Olsen (Ed.) Emotional Flooding. — New York, 1976.

Глава 6. Психодрама[92].

Введение.

Поэты и философы не однажды уподобляли человеческую жизнь театру. У каждого человека во внутреннем плане время от времени разыгрываются диалоги, в которых он исполняет все роли: любящего и ненавидящего, праведника и искусителя, обвинителя и обвиняемого. В этой драме звучат и голоса детства, в ней появляются и современные персонажи: начальник, жена, друзья. А. Шопенгауэр писал, что драма является самым совершенным отражением человеческого бытия.

Психодрама — это психотерапевтический метод, в котором клиенты повторяют и завершают свои действия путем театрализации, представляют свои внутренние процессы при помощи сценического действия.

Идея **Якоба Леви Морено** использовать драматизацию в психотерапии как нельзя лучше соответствует эпохе. Возникновение и развитие психоанализа основывалось на использовании мифа об Эдипе, который возвращает нас к трагедии рока. Однако мы живем в другое время — время огромных социальных сдвигов, — когда понятие рока кажется безнадежно устаревшим, и люди адаптируются к динамическим процессам в обществе, постоянно меняя свои жизненные роли. Как карнавальная культура Средневековья дала всплеск развитию театра, так и наша эпоха породила многочисленные игровые практики. Игра в культуре всегда выполняла адаптационную и инновационную функции. В периоды, характеризующиеся интенсивными социальными процессами, культурными преобразованиями, всегда возникают новые игровые институции. Развивающий потенциал игры широко используется в педагогике, андрогогике.

Морено был первым, кто открыл игру для психотерапии. Главное средство психодрамы — проигрывание событий субъективной реальности. Особая ценность игры для психотерапии состоит в том, что она соединяет в себе свободу и направленную ориентацию, реальность и фантазию, действие и символ. Психодрама позволяет смело экспериментировать с судьбой, менять роли и жизненный сценарий. Как гласит легенда, бережно передаваемая психодраматистами, Морено когда-то сказал З. Фрейду: «...я начал там, где вы закончили. Вы работаете с людьми в искусственной обстановке вашего кабинета, я встречаю их на улицах и у них дома, в их естественном окружении. Вы анализируете их сновидения и мечты, я пытаюсь сделать их смелыми, чтобы они могли мечтать снова. Я учу людей играть Бога...» (Марино, 2001, с. 45).

Описываемый ниже короткий фрагмент работы как нельзя лучше иллюстрирует эти возможности психодрамы. Клиенту Игорю М. снились повторяющиеся сновидения, в которых он якобы участвовал в постановке пьесы. В

[92] Глава написана И. А. Грабской.

них присутствовал постоянный мотив: приходил день премьеры, а он либо не успевал выучить, либо забывал свою роль. Жизнь невротика действительно напоминает пьесу, которая создается не им. Более того, он считает, что должен выучить свою «роль» наизусть, иначе его ждет провал. Часто присоединяется еще и боязнь подвести «партнеров» — человек считает себя ответственным за других. В описанном случае сон иллюстрировал клиенту его жизненный стиль. В одном из последних сновидений Игоря появился характерный поворот сюжета. На этот раз снилась не пьеса, а концерт. Номер Игоря был просто пропущен, а у него осталось ощущение, что номер был бы хорош. Ему было жаль, что он не подготовился. Концерт Шел, он ждал выступления и боялся. Ведь неготовый номер грозил провалом. Игорь волновался, он не знал, кто отвечает за программу, есть ли его выступление в программе, когда оно намечено. Он хотел подготовиться, но боялся не успеть, что-то постоянно его отвлекало. Но вот концерт закончен, а его номер никто не объявил. Игорь почувствовал разочарование. Клиент понял, что он действительно «пропускает свой выход» и никто не станет объявлять его «номер». В жизни он сам может играть свою, а не чужую роль, сам придумывать сюжет и выбирать партнеров. Психодраматическое «переигрывание» сновидения дало ему возможность почувствовать себя сценаристом и режиссером собственной судьбы.

Китайский афоризм гласит: «Наша жизнь, в сущности, кукольное представление. Нужно лишь держать нити в своих руках, не спутывать их, двигать ими по своей воле и самому решать, когда идти, а когда стоять, не позволять дергать за них другим, и тогда ты вознесешься над сценой».

Счастье человека зависит от того, что он делает в пьесе жизни: чувствует ли он себя ее автором, задает ли жанр, пишет ли для нее музыку. Он может быть лишь плохим актером, имеющим одно амплуа, играющим одну и ту же роль и пытающимся навязать свои шаблоны партнерам. В такой пьесе нет динамики, акты бесконечно повторяются, а разные актеры приглашаются на одни и те же роли. Этот феномен в психоанализе описан как трансфер. Но для талантливого автора повороты сюжета бывают неожиданными, в процессе создания пьеса приобретает свою логику, свой смысл, наполняется жизнью. Так же и для счастливого человека жизнь загадочна и прекрасна в своей спонтанности. Импровизация, спонтанность — главные атрибуты жизни, и именно они лежат в основе механизмов психодрамы.

До Морено психотерапия была кропотливым трудом, священнодействием психотерапевта, расшифровывавшего тайнопись бессознательного. Морено увидел ее как игру, импровизацию. Для него психотерапия ассоциировалась не с археологическими раскопками, а с театром. В психодраме терапия не окутывалась сумраком тайны, а вышла на свет. Поэтому в психотерапии возникла сцена, помимо психотерапевта в ней появились другие люди. Единица анализа в теории Морено — **социальный атом**, т. е. человек в отношениях с окружением. Социальный атом определяется как наименьший элемент струк-

туры отношений, состоящей из всех связей между человеком и другими людьми, которые находят свое выражение в поведении и воображении.

Как закономерности движения планеты остаются непонятными, если наблюдать ее отдельно от других светил, так и жизнь человека непонятна, если не видеть его связей с другими людьми. Создателя психодрамы Морено вдохновляла идея рассмотрения человека в его связях с окружающими, миром, космосом. Территория психодрамы — «семья, группа, мир, Вселенная — то место, где личность проявляет себя в данный момент» (Келлерман, с. 141).

Именно масштабность видения человека и задач, которые он решает в жизни, выбор действенных культурных метафор и определяет эффективность этого направления психотерапии.

Генезис невроза.

Теорию психических нарушений Морено строил с разных позиций, часто в непересекающихся плоскостях анализа, что затрудняет построение единой картины. Поэтому современные психодраматисты все еще активно прорабатывают теорию психопатологии, обращаясь при этом к другим теоретическим школам. Мы рассмотрим генезис невроза, используя понятия Морено: ролевые категории, ролевой конфликт, ролевая дистанция и социальный атом.

Причиной невротического развития личности Морено считал нарушения ролевого развития. Они могут быть обусловлены наследственностью, отсутствием внутренней безопасности, внешними условиями. В качестве внешних условий Морено рассматривал экономические, общественные факторы, плохое здоровье, межличностные отношения. Нельзя не заметить, что все эти предпосылки принадлежат разным системам и уровням функционирования личности. Они описаны слишком произвольно, чтобы быть продуктивными для диагностической и коррекционной работы, их рассмотрение несущественно для выбора психотерапевтических средств.

Достаточное внимание Морено уделил лишь влиянию фактора межличностных отношений на психическое развитие личности. С его точки зрения, характер нарушений можно понять, анализируя систему отношений человека с миром. Именно особенности социоэмоциональной сферы определяют симптоматику психического заболевания, качественные характеристики его протекания.

С точки зрения структуры межличностных отношений у человека могут быть обнаружены несоответствие между реальным и желаемым кругом людей, входящих в социальный атом, слишком закрытый атом, застывший, деформировавшийся из-за смерти, недоразвитый атом (социодинамический эффект) и т. п.

Другое важное понятие, которым пользуется Морено, — роль. Ребенок рождается с потребностью действовать, играть роли. Это свойство Морено назвал акциональным голодом. Оно характерно для здоровой личности. Действия невротика блокируются страхом, он не способен осваивать и принимать на себя роли. Деформация социальных связей, изменение ролевого поведения, когда старые роли отмирают, а новые не осваиваются, ролевой конфликт приводят к тому, что ролевое поведение становится негибким, находится в застое. Патологическое развитие связано с нарушениями в процессе освоения ролей, застыванием на одном или регрессией к более низкому уровню ролевого функционирования. Следует отличать понятие регрессии у Морено от традиционной психоаналитической трактовки. Возвращение на более ранние ступени психологического развития он связывает не с сексуальной сферой, а с ролевым развитием и определяет через возвращение к другой ролевой категории.

Морено выделяет четыре категории, соответствующие разным ролевым уровням: соматические, психологические, социальные и трансцендентальные роли. Они соответствуют разным реальностям, в которых живет и функционирует человек. Использование **соматических ролей** связано с поддержанием жизнедеятельности организма (например, половая роль). **Социальные роли** определяются способом взаимодействия человека с социальной реальностью, его статусом (например, муж). В **психологической роли** отражается способ переживания человеком действительности. Она определяет характер исполнения соматических и социальных ролей. Ответственный отец, заботящийся о благополучии семьи, — психологическая роль.

Но человеческое существование не исчерпывается жизнью в социальной реальности, хотя эта система и задает характеристики процесса социализации: способ освоения умений и навыков, характеристики межличностных контактов, особенности включения в деятельность. Она представляет поверхностный слой личности, не отражающий всех особенностей процесса ее развития. Человек в его космическом измерении не сводится к ячейке в социальной структуре, а его бытие не определяется функционированием в социальной и психологической роли. Для фиксации этого феномена Морено вводит понятие **трансцендентальной роли**, в которой человек вступает во взаимодействие с надындивидуальным. Трансцендентальные роли подчиняют себе другие роли, поглощают их, они больше и значительнее других ролевых категорий. Например, в соматической роли человек осуществляет половой акт, в психологической переживает влюбленность, выступает в социальной роли жениха, а в трансцендентальной роли является любящим.

Из-за перенесенных страданий психологическая роль любящего может блокироваться, и человек регрессирует на соматический уровень, заменяя любовь сексом, что может вызвать проблемы в сексуальной сфере. Он может стать неразборчивым, постоянно меняющим половых партнеров, но не получающим наслаждения. Другой путь может привести к психогенной импотенции. Регрессия от социальной роли к психологической роли наблюдается,

например, у первоклассника, который не может освоить роль члена школьного коллектива, не приобретает социальных навыков. Он переживает себя как слабого, неполноценного человека и фантазирует о том, что хорошо бы иметь ручного львенка, который защитит его от драчливых одноклассников. Блокирование действий на социальном уровне порождает ощущение бессилия на психологическом. Происходит сдвиг, когда действие и реакция на него оказываются на разных уровнях (в данном случае — на социальном и психологическом). При этом социальная роль проигрывается бессознательно. Невроз навязчивых состояний представляется Морено регрессией с трансцендентального до социального уровня. Вариантом нарушения может быть также переход, как бы прыжок, от одной ролевой категории к другой. Переход от психологических к трансцендентальным ролям без освоения социальных ролей наблюдается при шизофрении.

Однако в этом описании психических нарушений остаются лакуны для детерминант, факторов, условий патологии. Открыт вопрос о причинах регрессии или перехода на другой уровень. В рамках ролевого подхода эти вопросы остаются без ответа. Кроме того, не совсем ясен характер трансцендентальной роли. Морено подчеркивает, что способ актуализации и освоения трансцендентальных ролей совершенно иной, чем других ролевых категорий. В таком случае логично предположить, что они имеют и другую сущность. Представляется избыточным распространение понятия «роль» на способ бытия человека в мире. Этот модус существования по своей сути — вне роли. Другими авторами он описывался как самоактуализация (А. Маслоу), самотрансцендентация (В. Франкл). Понятие роли в отношении этого феномена не представляется достаточно продуктивным.

Еще одна причина возникновения нарушений — ролевой конфликт. Различают интра- и интерролевой, интра- и интерперсональный конфликты. **Интраролевой конфликт** обусловлен тем, что любая роль состоит из парциальных (частных) ролей, некоторые из них могут отвергаться или плохо осваиваться. Например, руководитель может хорошо справляться с принятием решений, планированием, но испытывать затруднения при мотивировании подчиненных, оценке их труда, поощрении и наказании. В целом принимая роль руководителя, он будет отвергать парциальную роль санкционирующего субъекта.

Интерролевой конфликт разворачивается при противоречии двух или нескольких ролей. Такой конфликт может возникать у молодой женщины между профессиональной ролью и ролью матери.

Интраперсональный конфликт тянется из прошлого. Личность никогда целиком не расстается ни с одной личиной. Каждая новая маска, новая роль наслаивается на предшествующую, и они определяют черты новой маски, формируют и деформируют новую роль. Например, молодой любящий муж не проявляет заботы и нежности в отношении жены, так как эта модель поведения не усвоена им в детстве. Он не видел эмоциональности отца, так как

она блокировалась матерью. Переживание чувств и неспособность их выразить приводят и к переживанию интраперсонального конфликта.

Интерперсональный конфликт возникает между разными людьми, если они находятся в дивергентных ролях, например один и тот же человек по отношению к другому может быть и начальником, и другом: действия в роли начальника часто не соответствуют ожиданиям от роли друга. Поэтому одновременное существование в таких ролях потенциально несет конфликт.

Для описания причин нарушений Морено использует также понятие **ролевой дистанции.** Если человек не отделяет себя от роли, он выполняет ее требования и следует ожиданиям других. Это препятствует удовлетворению собственных потребностей. Поэтому невроз может возникать как недостаток ролевой дистанции. Серьезных нарушений следует ожидать, если это явление наблюдается в дивергентных ролях.

Особый случай слишком большой ролевой дистанции Морено описал как невроз креативности. Он проявляется в том, что человек при имеющихся возможностях играть роли, акциональном голоде тем не менее утрачивает способность к творчеству, к спонтанным проявлениям. Его действия и поступки стереотипны, жестко регламентированы нормами. Такое поведение помогает избегать потенциально опасных ситуаций, но человек оказывается неспособным приобретать новый опыт, творить. Игра жизни превращается в следование сценарию.

Основные терапевтические факторы.

Эффект группового взаимодействия.

Травматические события, низкие возможности для развития спонтанности и креативности ведут к эгоцентрической позиции. Человек закрывается в жесткой оболочке социального атома и не устанавливает истинных связей с другими людьми. Его связи превращаются в опутывающие сети, не дающие возможности свободно двигаться. В психодраме эти сети реконстеллируются: создается новый социальный атом, валентность связей которого становится столь сильной, что влияет на систему социального взаимодействия человека. Участник психодрамы включается в социальный атом, где заданы новые нормы общения, складываются новые межличностные связи, и эти изменения затем входят в его жизнь за пределами психодрамы.

Он начинает устанавливать с людьми отношения, которые Морено назвал теле-отношениями — это истинные связи между людьми, развивающиеся на соматическом, психологическом, социальном и трансцендентальном уровнях. Они могут быть и положительными, и отрицательными, в них может быть и притяжение, и отталкивание, и любовь, и ненависть, главное их качество — реалистичность, ведущая к пониманию. Их вершиной становится Встреча — общение с другим человеком как с Ты. М. Бубер писал, что только в этом особом типе отношений человек обнаруживает смысл в основании

собственного бытия: «Отношение к Ты непосредственно. Никакая абстракция, никакое знание и никакая фантазия не стоят между Я и Ты» (Бубер, 1993). Через эти отношения человек осуществляет связь с миром, реализует свою человеческую сущность, проникает в переживания других людей.

Психодраматическая группа становится частью социального атома человека. Влияя на форму социальных связей, она изменяет орбиту движения личности во внешнем и внутреннем мире. Процессы, начавшиеся на периферии — в отношениях внутри психодраматической группы, — преобразуют ядро атома — мысли и чувства клиента. В психодраме ее участник приобретает истинно человеческую дистанцию для видения и оценки своих проблем. Сойдя с привычной орбиты движения социального атома, человек вынужден искать свое место в мире, обращаться к новым ценностям, приобретать новый опыт. Этот процесс опирается на спонтанность и креативность клиента и является целью психодрамы.

Результативность данного метода основывается на целительном эффекте группового взаимодействия. Поэтому в психодраме много внимания уделяется групповой динамике. Существуют даже группы, фокусом которых становится развитие группового процесса, взаимодействие в ситуации «здесь и сейчас». Их работа концентрируется на особенностях межличностного восприятия и взаимодействия, повторяющихся образцах поведения, отношениях в группе.

Спонтанность и креативность как результат и условие психодраматического действия.

Жизнь в психодраматической группе приобретает особый статус, формируется как специфическая реальность, в которой участники могут экспериментировать с разными жизненными перспективами, ролями, формами поведения. Представление на сцене дает возможность пережить их во всей полноте и проработать. В психодраме могут проигрываться события реальные и виртуальные, а также фантазии, сновидения клиента. Член группы может переходить из одной реальности в другую, и в этой игре возможностей он приобретает креативность и спонтанность. Спонтанность и креативность Морено рассматривает как показатель и одновременно фактор личностного развития. Спонтанность — это действие по ситуации, творческая импровизация. Проявление спонтанности подобно течению ручейка. Он выбирает то русло, в котором может свободно течь, и углубляет его. Как ручеек не течет в одном направлении, так и человек ведет себя в соответствии с ситуацией «здесь и сейчас». Спонтанность означает не произвол, случайный импульс, а действие, наиболее соответствующее актуальному состоянию человека, в котором интегрируются его глубинные потребности. Когда человек действует спонтанно, он продуктивен и креативен. Высоко ценя творческий порыв, Морено писал, что в творении человек становится богоподобным. Бог в его представлении не подавляет своим величием, акт творения — это игра, свобода. Воз-

можно, наиболее сущностные характеристики человека описываются понятием *Homo Ludens,* в котором выражаются свобода и творчество.

Сверхреальность.

Психодрама позволяет играть возможностями, в ней создается то, что психодраматисты называют «сверхреальностью», делая акцент все же на реальности. В каком-то смысле психодрама реальнее жизни, ведь в ней присутствует Встреча (это тоже устоявшийся психодраматический термин), Событие (в смысле Со-бытия с людьми, с миром), в то время как жизнь невротика может быть лишь чередой ситуаций. В психодраме участники не просто воспроизводят чувства, но вносят новые элементы в поведение, переживания, создавая новую интеграцию. Клиент актуализирует наличные и осваивает новые поведенческие образцы, расшатывает стереотипы, вызывает к жизни реальные и существующие в фантазии роли. Участник группы не просто воспроизводит ситуации, а активно действует со своей личной историей, творя новую субъективную реальность. Ощущение, что любое событие можно «переиграть», само по себе несет терапевтический эффект и открывает путь к развитию спонтанности и креативности.

Средства психодрамы и уровни личностных изменений.

Изменения в процессе жизненного пути могут происходить на разных уровнях. Смена установок, убеждений происходит преимущественно на когнитивном уровне с использованием внушения, убеждения. Личностные проблемы захватывают более глубинные и генетически более ранние пласты, где в непосредственной связи представлены мысль, ощущение, переживание, действие. Морено считал, что для актуализации чувств необходимо действие. Исполнение роли в «предполагаемых обстоятельствах» создает реальную канву, в которой могут проявиться чувства. Поэтому основным способом работы в психодраме является психодраматическое действие. Клиент включается в действие, ощущает и осуществляет его динамику. Формы выражения переживания в психодраме многообразны и принадлежат разным «языкам» (слово, образ, движение), что позволяет наиболее полно использовать их для преобразования эмоционального опыта.

Катарсис, инсайт, научение.

Способ влияния на клиента в психодраме основан на использовании широкого диапазона средств, в основе которых лежит эффект катарсиса, инсайта и научения. Проигрывая ситуации прошлого травматического опыта, клиент заново переживает их, осознает свои потребности и интегрирует эмоциональный опыт. Катарсис достигается, когда сдерживаемые, но стремящиеся выйти наружу эмоции находят свое выражение. Г. Лейтс описывает его как «потрясение и прорыв застывших чувств, означающий вместе с тем потрясение и прорыв затвердевших структур» (Лейтс, с. 256).

Эмоциональное переживание сопровождается, как правило, новым пониманием проблемы — достигается инсайт. В отличие от психоаналитического инсайта, психодраматисты стремятся к инсайту-в-действии, при котором воспоминание о подавленном переживании, понимание источника конфликта приходит во время проигрывания. Интерпретация психоаналитика заменяется действенной интерпретацией. Например, протагонист — молодая женщина — разыгрывала сцену встречи со страхом. Для роли страха она выбрала женщину и накрыла ее темным платком. Когда страх стал говорить: «Ты ни на что не способна, я всегда буду властвовать», — ко-терапевт подошел к протагонисту и как «внутренний голос» сказал: «Не смей мне так говорить, мама». Протагонист достигла катарсиса и инсайта по проблеме.

В ходе сессий участники психодрамы углубляют самопонимание не только через переживание инсайта, но и через систематическое исследование собственных смыслов и отношений.

Еще один важный фактор изменений — выработка новых способов реагирования, основанная на расширении ролевого репертуара. Эффект научения складывается из двух составляющих. Во-первых, человек апробирует себя в новых ролях, расширяет ролевой репертуар, чем достигает лучшего самопонимания и понимания других. Во-вторых, как ни парадоксально это звучит, человек научается спонтанности. Маска роли в психодраме не только не ограничивает свободы самовыражения, но и позволяет расстаться с другими масками (защитной броней) и действовать спонтанно.

Позиция терапевта.

В психодраме найдены своеобразные методические средства для решения проблемы ведения и ориентации клиента терапевтом. С одной стороны, ведущий управляет психодрамой и тем самым влияет на процесс и результат терапии. С другой стороны, клиент свободен в выборе своих действий, степени самораскрытия, в получении нового опыта.

Один из ведущих современных теоретиков психодрамы П. Ф. Келлерман обобщил основные терапевтические факторы в семь категорий.

1. Искусство терапевта (компетентность, личность).

2. Эмоциональное отреагирование (катарсис).

3. Инсайт (самопонимание, знание себя, интеграция, реконструкция восприятия).

4. Межличностные отношения (встреча, «теле», исследование переносов).

5. Поведенческое научение и научение действием (отыгрывание в действии, обучение новому поведению).

6. Имитационное моделирование воображаемого (поведение «как будто», игра, символизация).

7. Неспецифические терапевтические факторы (внушение).

Участники психодрамы.

Протагонист — главный герой психодрамы. Он предлагает ситуацию для разыгрывания, ее постановку, и сам играет. Действуя в ней, а затем участвуя в обсуждении, он приобретает более полное видение ситуации, себя и других людей, формирует новые поведенческие образцы.

Вспомогательное Я — это члены группы, которых протагонист выбирает для изображения отсутствующих участников разыгрываемой сцепы. Вспомогательное Я может получить роль реального лица, но может играть и образ из сновидения, субличность, часть тела, вещь, идею — все то, что представляет мир протагониста в чувственной ткани, делает его конкретным и ощутимым. Автору приходилось, например, играть многочисленные роли матерей, отцов, детей, друзей, недругов, любимых, ненавидимых, а кроме того — роль Духа музыки, Прибалтики, Памятника, Стены, Влечения и многого другого. Вспомогательное Я помогает протагонисту прояснить связи в его социальном атоме. В этой роли он внимательно прислушивается к пояснениям протагониста, корректирует свою игру в соответствии с его замечаниями. Если действия Вспомогательного Я не соответствуют образу прототипа, который сложился у протагониста, тот прерывает сцену и на время происходит обмен ролями для уточнения роли. Действия всех участников подчинены главному герою игры, его восприятию прототипа, а не некой условной объективности. Вспомогательное Я представляет что-то или кого-то во внутреннем мире протагониста и в этом смысле является его продолжением. Тому, кто играет, немаловажно также почувствовать сопереживание Вспомогательного Я и желание помочь.

Люди в этой роли должны быть чуткими к указаниям психотерапевта. Но Вспомогательное Я — не марионетка, приводимая в действие протагонистом или терапевтом. У него есть собственное понимание, чувствование проблемы, которое он вносит в игру. Это понимание не является артефактом, оно обогащает реальность протагониста и задает ему другие аспекты рассмотрения ситуации. Некоторые черты роли гиперболизируются сензитивным Вспомогательным Я для того, чтобы достичь сознания протагониста.

Нередки ситуации, когда роль находит отклик в опыте Вспомогательного Я. Это одна из причин, по которым им удается играть достаточно правдоподобно. В ходе психодрамы Вспомогательное Я может испытать сильные эмоции и даже достичь катарсиса. В результате обсуждения игры этот участник проясняет и свои проблемы. Например, часто человек, выбранный на роль младшего брата в «семейной сцене», действительно является младшим ребенком в семье. Таким образом, трансферентные реакции протагониста направляются не только на психотерапевта, но и распределяются на других членов группы. Трансферентно-контртрансферентные реакции становятся терапевтическим фактором и для протагониста, и для Вспомогательного Я, и для остальных членов группы, которые идентифицируются с участниками психодраматического действия.

Ведущий психодрамы — терапевт. Он несет ответственность за организацию сеанса, управляет им, выбирает подходящие техники, регулирует эмоциональную напряженность и включенность участников. Психодраматист (или директор психодрамы) выполняет четыре функции: аналитика, режиссера, терапевта и ведущего группы. В роли **аналитика** ведущий концентрируется на исследовательской функции. Он наблюдает за вербальными и невербальными проявлениями членов группы, соотносит их, отыскивает ключи, старается понять смысл переживаний. На основе обобщения этой информации, эмпатического вчуствования в переживания протагониста ведущий планирует сеанс, организует его ход, ставит цели и отыскивает средства для их достижения. Как **режиссер** ведущий ответствен за усвоение и использование языка психодрамы. Режиссер ставит сцены, но при этом он не вмешивается в их содержание. Протагонист сам решает, что будет разыгрываться, ведущий же на основе ключей направляет протагониста, помогает в создании мизансцены. Он генерирует идеи, обеспечивающие наилучшее продвижение, вдохновляет на игру. Как **терапевт** ведущий стремится достичь решения проблемы, добиться перемен. Он строит интервенцию, используя специфические (катарсис, инсайт, научение, обратную связь) и неспецифические (плацебо-эффект) терапевтические факторы. Выполняя роль **ведущего группы**, он организует действия группы, устанавливает нормы взаимодействия, управляет групповыми процессами, стимулирует активность участников, а также, обеспечивая необходимую атмосферу, устраняет препятствия в работе. «Как драматург психодраматист направляет диалоги, создает и разрешает конфликт. Как скульптор — лепит пространство. Как дирижер оркестра — смешивает материал из многих источников» (Riebel, p. 127).

Как правило, он не участвует в психодраматическом действии, в качестве партнера протагониста может выступить ко-терапевт, не ведущий игру. Участие в разыгрывании оказывается избыточной функцией для ведущего и снижает ответственность и веру в свои силы других участников.

Характеристики группы.

Оптимальные размеры группы — 7-12 человек. Эти границы определяются двумя обстоятельствами: с одной стороны, важно, чтобы состав группы был достаточным для драматического действия и включал наблюдателей, а с другой — чтобы были учтены потребности каждого. Группа может функционировать как открытая или как закрытая. В ней действуют те же нормы и правила, которые характерны для других групповых методов (конфиденциальность, свобода самовыражения, правило «здесь и сейчас» и т. п.). Желателен гетерогенный состав. Исключение составляют группы, гомогенные по одному признаку (например, группа родителей или группа подростков) и гетерогенные по другим.

Фазы психодраматического действия.

Психодрама состоит из трех фаз, различающихся по назначению, содержанию, групповым процессам и степени эмоциональной напряженности.

Разминка.

Цель первой фазы — подготовка к психодраматическому действию. Ведущий свободен в выборе средств решения этой задачи: он может использовать специальные упражнения, групповую дискуссию и даже молчание. С разминки начинается каждая встреча, но особенно важна она в начале работы. Участникам психодрамы еще не хватает переживания доверия, принятия, психологической безопасности. Часто началом работы становится дискуссия «Что я хочу получить от этой группы?» или «Для чего я здесь?». Однако и на этой фазе уже могут применяться психодраматические средства. Например, участникам предлагается разделиться на пары, в которых они обсуждают эти вопросы, а затем каждый представляет не себя, а говорит от имени другого, являясь его «внутренним голосом». Таким образом, участники ближе знакомятся друг с другом и осваивают «язык» психодрамы.

В дальнейших сессиях выбор разминки определяется фазой групповой динамики и разыгрываемой тематикой. При всем индивидуальном своеобразии проблем протагонистов наблюдается естественная логика в разворачивании тем игр. Например, на первом этапе групповой динамики протагонисты часто нуждаются в получении поддержки и в играх после первой сцены часто возвращаются к событиям раннего детства. При дальнейшем продвижении, например, протагонистами выдвигаются и поддерживаются группой темы конкуренции, вызывающие к жизни события подростковых лет. Время от времени актуальным предметом работы становится групповая динамика, отношения «здесь и сейчас». События групповой динамики также выводят на соответствующую тематику индивидуальных игр. Тема игры одного протагониста продолжается в игре другого. Поэтому тема разминки должна быть связана с проблематикой, актуальной для группы, а искусство ведущего состоит в улавливании этой линии. Активное задействование в разминках актуальной проблематики обеспечивает наибольшее продвижение группы, так как в этом случае игра одного протагониста «резонирует» *с* чувствами остальных членов группы и они тоже продвигаются в решении своей проблемы. В таком случае группа достигает максимальной продуктивности.

Предложенная ведущим разминка дает возможность всем участникам поработать над определенным содержанием. Например, участников просят символически изобразить (ведущий предлагает пантомиму, рисование либо другие средства) барьеры, которые стоят на их жизненном пути. После выполнения упражнения члены группы делятся своими переживаниями во время работы, и, как правило, выясняется, что отдельные участники хотели бы глубже понять эту проблему. Затем происходит выбор протагониста для следующего психодраматического действия.

Если протагонист не появляется, ведущий может провести психодраму, центрированную на группе. При этом важно различать неготовность к работе и готовность, блокированную страхом. Агрессивная реакция, направленная на ведущего или члена группы, может исходить как из нежелания работать, так и быть защитной реакцией. Непонимание смысла вербальных и невербальных сообщений может заблокировать активность, спровоцировать у членов группы принуждение и нарушить динамику ее развития. В случае сопротивления действует общее правило: в первую очередь необходима его проработка. Понятно, что работа с сопротивлением также проводится специфическими средствами психодрамы.

Фаза игры (фаза психодраматического действия).

Это главная и центральная фаза психодрамы. Она отличается наибольшей длительностью и динамичностью. В ней психодрама достигает наибольшего накала и разрешается в катартическом переживании. Именно на этой фазе достигается инсайт по проблеме.

Когда протагонист выявлен, психотерапевт готовит его к работе: помогает освоить сам способ драматизации, проявить спонтанность, войти в роль, преодолевая беспокойство и сопротивление. Вначале проблема предъявляется феноменологически через конкретное описание ситуации без интерпретаций и рассуждений. Вместо пространного описания проблемы протагонисту предлагается разыграть сцену, в которой она проявляется. В ситуации обнаруживается и форма проявления проблемы, и ее содержание.

Вовлечение в действие запускается при помощи физических и душевных «стартеров». Ведущий отмечает специфические способы разогрева данного протагониста для игры. Например, используя физический «стартер», ведущий высказывает предложение походить по сцене, описывая проблему. Если протагонист уже имеет в виду определенную сцену, разогрев в большей степени связан с обеспечением вхождения в роль. Если же участник психодрамы затрудняется в фокусировке на сцене, то разогрев длится несколько дольше и в его ходе отыскиваются ключи для начала действия. Ключи — это индикаторы проблемы в вербальном и невербальном поведении протагониста. На основе найденных ключей может быть разыграна сцена, метафорически изображающая ситуацию, например: «Между нами выросла стена непонимания» или «Меня раздирают противоречия» и т. п.

Один из распространенных приемов приближения к прояснению проблем в семье — построение пространственной социограммы, изображающей ближайшее окружение протагониста через расстояние, расположение по отношению к нему, характерные позы и жесты. При этом необходимо следить, чтобы в ходе разогрева не пройти «точку кипения», стараться вовремя заметить ключи и правильно выстроить следующую сцепу для углубления понимания проблемы.

Для разыгрывания сцепы определяются пространственные и временные характеристики ситуации, создается мизансцена, определяются действующие

лица. Пространство действия физически ограничено, чтобы была создана реальность со своим временем, своими условиями и нормами жизни. Важна максимальная осязаемость этой реальности. Из подручных средств создается обстановка, позволяющая представить конкретное место действия. Определение физических аспектов ситуации помогает протагонисту в нее вжиться. Описание сцены и действие происходят в настоящем времени. Определяются люди, значимые для действия, и на эти роли подбираются Вспомогательные Я.

В психодраматическом действии важна не точность воспроизведения обстоятельств, фактов, а достижение точности и глубины в передаче субъективной реальности — переживаний и отношений клиента. В психодраме разыгрываются не только ситуации межличностных отношений протагониста, но и фантазии, сны. Действующими лицами могут выступить, например, противоборствующие чувства. В ходе разыгрывания психотерапевт обращает внимание на вербальное и невербальное поведение. Например, клиент говорит: «Я хотел бы сказать тебе что-то важное», а сам в это время отодвигается и принимает закрытую позу. Психотерапевт учитывает его нежелание затрагивать определенные вопросы. Одним из вариантов реакции ведущего может быть показ протагонисту при помощи Вспомогательного Я его неосознанного невербального поведения.

Нередко случается, что первая сцена не отражает сердцевины проблемы, а лишь дает материал для поиска ключей. Например, женщина-протагонист говорит о своих сложностях во взаимоотношениях со старшим сыном: «Он упрямый и своенравный, старается все делать по-своему. Характером он в мужа». Со Вспомогательным Я, представляющим сына, она разыграла следующий диалог:

— Я так устаю от этих поездок на огород.

— Не хочешь — не езди. Мне этот огород совсем не нужен. Это твои проблемы — ты их и решай.

— Брось это папино словечко.

Проблема взаимоотношений с сыном служила лишь отправной точкой для решения более актуальных проблем взаимоотношений с мужем.

Ведущий стремится достичь полной свободы в самовыражении клиента, но не вправе требовать ее. Он учитывает индивидуальную динамику роста креативности, помогая клиенту преодолеть несформированность навыков общения, снять защитные механизмы и проявить спонтанность.

В ходе разыгрывания психотерапевт отыскивает факторы, определяющие проблему. Это могут быть детские травматические переживания. В этом случае переходят к разыгрыванию другой ситуации из прошлого, которая определила эту проблему. Более ранняя сцена позволяет глубже исследовать проблему, проникнуть в ее суть. Например, женщина-протагонист в ходе разыгрывания сцены с любимым мужчиной поняла, что готова на все, чтобы удержать его. Это позволило ей вспомнить, как она удерживала отца от развода с

матерью. Сцена из детства помогла достичь инсайта в понимании своих отношений с мужчинами.

Приведем другой пример последовательного разворачивания психодраматического действия, где каждая сцена позволяет достичь большей глубины в понимании проблемы. Клиентка Н. говорила о том, что ей трудно выражать свои чувства и для разыгрывания предложила сцену разговора с молодым человеком, которого она любила и который от нее ушел: «Это все еще держит меня». В ходе сцены Н. начала говорить, но скоро замолчала, заплакала, ушла в себя и одной рукой сжала другую. Ответы на вопросы ведущего позволили выделить два «голоса», которые звучали внутри нее, и ей было предложено озвучить внутренний диалог, пригласив на роли «голосов» два Вспомогательных Я. Один из «голосов» говорил о чувствах, а другой запрещал говорить. Среди прочего вторым «голосом» было сказано: «На что ты претендуешь? Опомнись!» На вопрос ведущего, от кого она могла слышать подобные слова, Н. ответила, что так говорила ее мать. В следующей сцене Н. воспроизвела разговор с матерью в юности, который закончился катарсисом. Когда Н. смогла выразить обиду и гнев на мать, ей захотелось поговорить с «хорошей мамой». Следующей сценой и был такой разговор, в ходе которого Н. получила поддержку от «хорошей матери». Затем была воссоздана первая сцена разговора с молодым человеком, и на этот раз Н. смогла рассказать ему о пережитых ею обиде и горечи.

Психодраматическое действие безопасно при условии психологической поддержки со стороны группы. Тяжесть нахлынувших переживаний уравновешивается максимальным комфортом в роли: протагонист контролирует ситуацию, может ее изменить. Само по себе воспроизведение травматического опыта болезненно и не ведет к новой интеграции. Психотерапевт предлагает протагонисту не только заново пережить, но и «переиграть» ситуацию, изменив свой жизненный сценарий. Так, «хорошая мать» сказала Н. о ее уникальности, способности любить, и она почувствовала свою ценность и ценность своих переживаний. В ходе игры протагонист испытывает сильные эмоции: опустошенность, смущение, удивление, беспокойство. Вернувшись в травматичную ситуацию, он может не чувствовать общности с группой. В этот момент важна эмоциональная поддержка членов группы, закрепление того, что достигнуто в результате инсайта. Эти цели достигаются на третьей фазе, основное содержание которой — обсуждение игры.

Фаза обсуждения.

На ней, в отличие от первой и второй фаз, почти не используется действие. Основные средства этой стадии — выражение чувств, обсуждение, анализ. Исключение составляют невербальные упражнения или игровые действия, направленные на регуляцию эмоциональной напряженности. Иногда применяется разыгрывание ситуации в будущем. Для активизации работы иногда предлагается разыграть сцену обсуждения этого сеанса с кем-либо из группы или обратиться к кому-либо, имеющему сходные проблемы.

Третья фаза подразделяется на две части — идентификация и ролевая обратная связь. Первая часть — идентификация — позволяет высказать чувства и отношения, которые вызваны игрой и знакомы участникам психодрамы из прошлого опыта. Клиентка О. рассказала группе о том, что случайные обстоятельства разлучили ее с любимым человеком и восемь лет она не может его забыть: «Я ни с кем не могу быть близка так, как с ним. Я не могу представить рядом с собой кого-то другого». В ходе разыгрывания она осознала, что за эти годы и с любимым человеком, и с ней произошли изменения. Во время обсуждения протагонист почувствовала, что «его образ перестал ее держать». Сеанс вызвал глубокие переживания у всех участников психодрамы. Один член группы поделился своей печалью от потери любимой девушки. Другая участница в процессе игры вспомнила о своем друге, который рано ушел из жизни. Третий член группы сказал, что счастливо живет с женой, но любит в ней не ее, какова она сейчас, а девушку, которой она была много лет назад. Обсуждение открыло новые горизонты в исследовании отношений, которые не меняются. Оно задало тему и послужило отправной точкой для формулировки проблемы другим протагонистом.

Во второй части участники психодрамы описывают чувства, которые у них возникли в роли (в том числе и в роли протагониста). Благодаря ей протагонист более полно осознает свои чувства и потребности, а также чувства других людей. Он начинает яснее видеть содержание своих жизненных ролей, ролевые фиксации. Ведущий направляет усилия на то, чтобы участники говорили о чувствах, не подменяя их интерпретациями, оценками, советами. Слушая подобные высказывания, протагонист может почувствовать себя подавленным, неумным, слабым. Речь должна идти о конкретной разыгрываемой ситуации, не допускаются обобщенные характеристики, рассуждения о мотивах и мотивировках. Они легко разбиваются о броню защит и не принимаются протагонистом. Сопротивление протагониста в ходе обсуждения является следствием недоработок на второй фазе и указывает на необходимость к ней вернуться.

На завершающей фазе протагонист приобретает душевное равновесие и уверенность в своей способности решать проблемы. В конце обсуждения протагонист высказывается о своих переживаниях.

Морено предлагал четвертую фазу — фазу анализа в качестве дополнения к фазе выражения чувств. В ее ходе анализируется точность в исполнении роли, особенности поведения в разных ролях, обсуждается значение предложенных интерпретаций и выводы. На ней может возникнуть тема групповой динамики. Однако Морено не описывал эту фазу, поэтому зафиксировалась процедура, состоящая из трех фаз. Среди его последователей также существует мнение, что четвертую и третью фазу следует поменять местами. Тогда динамика процесса обсуждения нарастает: от выражения чувств в роли участники переходят к описанию своих переживаний, идентифицируются с действующими лицами и выражают свои переживания в отношении разыгранного конфликта.

В конце напряженного сеанса группа выражает сопереживание протагонисту в глубоких идентификациях или даже в молчании. Эта функция психодрамы определяется как шеринг. Шеринг дает возможность плавно вернуться в реальность после болезненных переживаний. Участники психодрамы чувствуют внутреннее единство, взаимосвязь и взаимозависимость. На шеринге возможен выход человека в трансцендентальное измерение. Таким образом, глубоко страдающий человек может получить опыт полного принятия.

Организация психотерапевтического процесса и групповая динамика.

Продолжительность сеанса в психодраме варьируется от 20 минут до нескольких часов, но, как правило, он длится около 3 часов. Длительность первой фазы составляет приблизительно 15% времени всего сеанса, второй фазы — 65%, третьей — 20%. Однако особенности протекания психодраматического действия вносят свои коррективы и несколько уводят пропорции от средних норм. Отклонения определяются особенностями проблемы, степенью вовлеченности участников, их спонтанностью, креативностью, характеристиками групповой динамики, этапом терапии и другими факторами.

Психотерапия проходит в несколько сессий, количество которых варьируется в зависимости от многообразных факторов, как организационных, так и содержательных: тематики группы, состава участников, открытости-закрытости группы и т. п. Достаточно распространенной является практика шестидесятичасовой группы с однодневными сессиями дважды в месяц. Данная продолжительность и частота дают участникам возможность ассимилировать и интегрировать опыт, полученный в ходе психотерапии, в свою жизнь.

Вне зависимости от продолжительности работы и частоты сессий группа проходит одинаковые фазы. В теории психодрамы открыта важная закономерность: стадии групповой динамики соответствуют стадиям индивидуального развития человека. Вначале группа решает проблемы, связанные с доверием, затем переходит к темам борьбы за автономию, а завершение групповой работы тесно связано с «траурной» проблематикой. Например, на первых сессиях группа может поддержать протагониста, выдвинувшего тему «Где же мой настоящий дом?», в которой в символической форме представлен поиск группой защищенности и безопасности. На последних сессиях закономерно появляются темы потери, смерти и т. п.

Исходя из того что развитие группы идет параллельно индивидуальному развитию, ведущие стремятся следовать за естественным групповым процессом и в то же время организовывают его таким образом, чтобы обеспечить необходимое доверие и перейти к преодолению зависимости, росту автономии как группы в целом, так и ее членов.

Сходную групповую динамику, начинающуюся этапом зависимости и развивающуюся в направлении автономии, описывают и психоаналитические исследователи В. Бион, У. Беннис и Г. Шепард.

Техники психодрамы.

Клиент может не осознавать значительной части своего эмоционального опыта, своих потребностей и не удовлетворять их. Поэтому важные жизненные роли, связанные с ними, оказываются неосвоенными. Психодраматические техники моделируют различные аспекты процесса принятия роли. Психодрама основана на том, что социальный атом (психотерапевтическая группа) берет на себя часть ролевого поведения, которая не актуализировалась в жизни протагониста. Когда на ранних стадиях развития ребенок не осознает своих потребностей, но они властно управляют его жизнью, мать и другие люди из его ближайшего окружения пытаются вчувствоваться в нужды ребенка и удовлетворяют его потребности. Аналогом этого процесса в психодраме служит техника двойника, предполагающая вживание Вспомогательного Я в чувства протагониста, которые тот не осознает. Таким образом, психодраматическая группа «достраивает» личностную историю клиента и дополняет связи в его социальном атоме.

Психодрама отличается большой технической оснащенностью. Многие техники были созданы и использованы в одной конкретной ситуации, другие достаточно универсальны и не зависят от содержания проблемы. Ниже будут представлены наиболее распространенные техники.

Техника **представления себя**, как правило, используется в начале работы и позволяет клиенту в коротких сценах представить себя или значимых лиц. Она может выполняться также в виде монолога или интервью. Представление в этой технике дает информацию о реальном поведении, а не о фантазиях по поводу себя. При этом клиент свободен в выборе предоставляемой информации, что сразу дает ему ощущение безопасности. Вхождение в психодраму через эту технику усиливает эффект разогрева, дает возможность сосредоточиться на проблеме.

Техника **исполнения роли** предполагает принятие и пребывание в роли. Как правило, ее исполняет Вспомогательное Я, помогая протагонисту в постановке сцены из его жизни. Играть ее может и протагонист, если он осваивает новую роль.

Диалог — это проигрывание отношений между людьми. В отличие от исполнения роли здесь все участники играют себя. Эта техника часто используется в семейной терапии. С ее помощью осуществляется управление групповой динамикой. Опасность ее использования состоит в возможности закрепления сложившихся неадекватных отношений.

В технике **монолога** протагонист покидает место действия и в процессе ходьбы (чтобы не терять динамики действия, не увязнуть в словах) высказы-

вает свои мысли, чувства, комментирует действия. Монолог похож на свободные ассоциации, но больше связан с конкретной ситуацией.

Эта техника дает возможность дополнить содержание игры. Она используется, когда ведущий предполагает, что у протагониста есть чувства, не находящие проявления в сцене, и в то же время он готов к большему самораскрытию. Вводится она и перед сценой для вживания в роль. Неуместное применение этой техники может нарушить, разорвать действие.

В технике **двойника** Вспомогательному Я предлагается сыграть протагониста. Как правило, «двойник» располагается сзади и немного в стороне. Вначале он старается стать как бы тенью протагониста и через движения, через манеру говорить вживается в его состояние. Получая обратную связь от прототипа и руководствуясь ею, Вспомогательное Я корректирует свое поведение. Затем «двойник» углубляет свое понимание и выражает содержание, которое не высказывается протагонистом. Тот может принять предложенную версию, проигнорировать ее, не согласиться в спокойной манере или выразить несогласие бурными эмоциональными реакциями. Тогда группа подключается для обсуждения поведения «двойника».

Исполнение этой роли требует умения вчувствоваться в состояние другого человека. Вспомогательное Я является как бы продолжением протагониста, помогая ему выразить и осознать свои чувства. Переживания протагониста бессознательно ассоциируются с ранним опытом, когда близкие помогали ребенку понять и удовлетворить его потребности. Дополнительный эффект использования этой техники состоит в том, что человек актуально переживает поддержку и понимание другого человека.

Способы применения техники варьируются от варианта, когда исполнитель этой роли полностью повторяет поведение протагониста, до варианта, когда он развивает собственное понимание на основе данных протагонистом ключей, как бы интерпретирует их. Но эта интерпретация основана не на рассуждении, а на эмпатии и выражена языком действия. Так, в одной сцене протагонист выражал вербальную агрессию по отношению к отцу, но невербально демонстрировал страх. «Двойник» принял позу эмбриона. Это позволило протагонисту осознать, что он боится отца и чувствует себя беззащитным в отсутствие матери.

«Двойник» помогает найти ключи для новых сцен, если их трудно получить от самого протагониста. Эта техника вводится, когда необходима помощь в прояснении конфликтных переживаний, особенно если партнеры протагониста не дают ему возможности для полного самораскрытия. Если протагонист запутался во множестве противоречивых чувств, желаний, проблем, психотерапевт вводит множественное дублирование.

Техника **реплики в сторону** также дает возможность прояснить непроявленные переживания. Она вводится в процессе применения техники исполнения роли или диалога. Процедура выглядит следующим образом: протагонист отворачивается от Вспомогательного Я и произносит то, что он хотел

бы сказать своему партнеру, но не может. Она используется тогда, когда партнеры в разыгрываемой сцене не понимают друг друга и у протагониста нет возможности высказать свои мысли и чувства.

Техника **обмена ролями** предполагает, что протагонист и Вспомогательное Я меняются ролями. Вхождение в нее требует максимального вживания в роль другого. Как и в технике двойника, партнеры стремятся добиться соответствия в позе, движениях, во всем рисунке поведения.

Эффективность этой техники основана на механизме децентрации. Для травматичного опыта характерен определенный эгоцентризм: человек фиксирован на болезненных переживаниях и не может увидеть ситуацию в другом свете. Благодаря обмену ролями протагонист может посмотреть глазами другого и децентрироваться.

Кроме возможности увидеть другого в себе протагонист получает возможность увидеть себя в другом. Понимание других людей основывается на эмпатической способности, умении «примерить» на себя чужую роль: ребенок в игре, взрослый в воображении пытается понять другого, действуя от его имени и переживая его эмоции. Протагонист становится в позицию своего партнера и таким образом лучше понимает его. Уже это само по себе помогает разрешать межличностные конфликты.

Эта техника используется и в том случае, если протагонист не согласен с версией исполнения роли Вспомогательным Я. Она с успехом применяется в семейной психотерапии для налаживания коммуникации. Но когда партнер вызывает слишком сильные негативные эмоции (например, насильник), обмен ролями может оказаться не только бесполезным, но и нанести вред.

Поскольку Вспомогательное Я становится объектом проекций, то при обмене ролями протагонист получает доступ к отвергаемой им части собственной личности, выражает вытесненные потребности, желания, мотивы. Часто эта техника используется для того, чтобы из другой роли он получил необходимые поведенческие образцы или качества. Например, играя роль агрессивного человека, протагонист уже в своей роли может научиться лучше отстаивать себя. Таким образом, применение техники обмена ролями позволяет пережить новый эмоциональный опыт и расширить поведенческий репертуар. С ее помощью можно управлять эмоциональным напряжением разыгрываемого действия.

Поскольку Вспомогательное Я часто переживает проблемы, в проигрывании которых ему предлагается участвовать, смена роли может быть полезной также и ему. В обмене ролей Вспомогательное Я выявляет новые аспекты переживаний и учится лучше понимать своих близких.

В технике **«зеркало»** Вспомогательное Я должно как можно точнее имитировать поведение протагониста на сцене, в то время как протагонист покидает место действия и наблюдает за игрой. В этой технике искусственно создается проекция для того, чтобы клиент обнаружил те аспекты поведения (а через них — и желания, чувства), которые ранее отвергал.

Когда протагонист действует, то не обнаруживает в полной мере смысловой нагрузки действия. Он может сильно защищаться, и тогда «выдавать» его будут лишь отдельные проявления, часто невербальные, которые контрастируют с другими средствами общения. Протагонист их не замечает, осознавая лишь одну часть своих мыслей, чувств. Тогда Вспомогательное Я может не просто отобразить, но и гиперболизировать отдельные элементы. Например, в сцене диалога с матерью протагонист С. не выражал своих чувств и отвечал на ее реплики лишь тем, что соглашался чаще ездить и помогать ей. Это, однако, не разрешало его личностных проблем и лишь затушевывало давний интерперсональный конфликт. Его реплики стали удлиняться, он много объяснял, часто употребляя слово «должен». Вспомогательное Я проговаривало это слово еще чаще, причем выделяя интонацией. В процессе наблюдения протагонист заметил, что в этом поведении не выражаются его истинные желания, и захотел «переиграть» разговор.

Преимущество работы с проекцией в психодраме состоит в том, что она присутствует на действенном уровне. При использовании техники «зеркало» следует учитывать возможность принятия протагонистом нового опыта, иначе проекция так и останется за пределами сознания и будет приписана способу восприятия и поведения Вспомогательного Я. Это конфронтационная техника с мощным эффектом, поэтому ее неуместное использование может фрустрировать и блокировать спонтанность действия у чувствительных клиентов с выраженными самообвинительными тенденциями.

Техника **проекция в будущее** позволяет представить возможный вариант развития событий, разыграть сцену из будущего. Приведем пример. Участник психодрамы сказал, что не может решить, жениться ему или не жениться. В последнее время ему вспоминаются сцепы из прежней семейной жизни, лицо бывшей жены, хотя он совсем не жалеет о разводе. Сыграв сцену встречи с бывшей женой в будущем, он смог выразить обиду и понял, что развитию его отношений с любимой женщиной мешает страх быть покинутым, недоверие к ее чувствам.

Другие варианты применения этой техники позволяют апробировать новые поведенческие стратегии, закрепить те способы действия, которые были освоены в психодраме.

Моделирование предполагает демонстрацию Вспомогательным Я альтернативных способов действия для того, чтобы протагонист нашел приемлемый для себя образец. Эта техника соответствует аналогичной технике бихевиоральной психотерапии и основана на обучении протагониста новым поведенческим стратегиям, развитии его спонтанности и вариативности проявлений.

Результат психотерапии и связь психодрамы с другими направлениями.

Развитие человека Морено видел в расширении самопонимания и осознания своей связи с Космосом. Когда человек самотрансцедентируется, он переживает себя как часть всеобъемлющей Самости в экзистенциальных связях с другими людьми. В этой ориентации на развитие человеческой Самости, ее трансцендентной сущности психодрама сближается с аналитической психологией. Однако эти направления по-разному трактуют как сущностные характеристики человека, так и пути личностного развития. Для Морено этот путь лежит через прохождение ролевых уровней: соматического, психологического, социального, трансцендентного. Освоение социальных ролей, расширение связей человека с другими людьми непосредственно предшествует уровню трансцендентной роли. У К. Г. Юнга же Персона, в которой синтезируются социальные роли, — лишь поверхностный слой личности, а достижение Самости соотносится с освоением коллективного бессознательного. В то же время интересно сходство юнгианского анализа и психодрамы в техническом аспекте, в работе со снами, фантазиями.

Психодрама во многом использует теорию личности и патологии глубинной психологии и одновременно находится в оппозиции к психоанализу, прежде всего в теории терапии. Если З. Фрейд исследовал развитие личности исходя из анализа патологии, то Морено в теоретических построениях основывался на видении человека в его космическом измерении и выделял факторы, которые деформируют психическое развитие, для их элиминации. Фрейд стремился защитить Эго от влияния общества, Морено считал необходимым развивать социальные связи личности. При этом оба направления сходным образом понимали механизм психотерапии достижения катарсиса и инсайта через повторное переживание и осознание прошлого. Но в психодраме травматичный опыт рассматривается как существующий в настоящем, и личностная история не столько воспроизводится, сколько «переигрывается». Интересно, что в одной из психоаналитических школ — символдраме — угадываются контуры психодрамы.

В психодраме представлены все точки временной транспективы: прошлое, настоящее, будущее. Помещение в фокус терапии настоящего характерно также для гештальт-терапии. Оба этих подхода имеют общие корни и в понимании цели работы, и в механизмах, и в ориентации. В гештальт-терапии применяются психодраматические техники: например, техника пустого стула.

Элементы драматизации в настоящее время широко распространены и используются в других направлениях: в группах встреч, транзактном анализе, бихевиоральной психотерапии. С бихевиоральной психотерапией психодраму сближает использование научения. В процессе разыгрывания клиент не только испытывает катарсис, но и формирует новые реакции. Ориентация на изменение поведения является общей для бихевиоральной психотерапии и

психодрамы. Основа драматических техник — действие — активно вовлекает протагониста в переживание. Психодраматическое действие дает возможность закрепить результат инсайта и расширить поведенческий репертуар.

Это обеспечивает преимущества психодрамы в решении проблемы сопротивления инсайту, которая представляет серьезную трудность для психоанализа и других направлений, ориентированных на вербальное взаимодействие. Психодрама преодолевает антагонизм, характерный для психоанализа и бихевиоральной психотерапии, поскольку осознание и изменение поведения в ней присутствуют одновременно.

Вовлеченность клиента достигается также за счет того, что в работе задействованы различные модальности: слово, образ, движение. В психодраме, как и в большинстве других современных подходов, широко используются невербальные техники.

В психодраме легче справиться с трудностью, которая становится камнем преткновения для многих направлений: активность психотерапевта превращается в директивность, что приводит к пассивности клиента, росту его сопротивления. В психодраме терапевт является лишь катализатором сценического действия, но оно захватывает всех участников. Таким образом сохраняется управляемость при минимальном вмешательстве ведущего. Групповая работа стала наиболее распространенной инновацией Морено.

В техническом плане психодрама — одно из самых продуктивных направлений. Огромное количество процедур, рожденных в этом направлении, не поддается описанию. Творчество психотерапевтов, работающих в этой ориентации, лишний раз доказывает, что психодрама достигает своей главной цели — развития креативности человека.

Вопросы и задания.

1. Охарактеризуйте теорию ролей Я. Л. Морено.
2. Опишите основные типы нарушений ролевого развития.
3. Сравните содержание понятия «регрессия» в различных психотерапевтических направлениях.
4. Дайте определение понятия «социальный атом».
5. Приведите примеры интер- и интраролевого, интер- и интраперсонального конфликтов.
6. Охарактеризуйте специфику психодрамы как метода групповой психотерапии с точки зрения целей и особенностей организации психотерапевтического процесса.
7. Сравните типы отношений в психотерапии: трансфер, «теле», эмпатия.
8. Охарактеризуйте спектр ролей ведущего. Какова роль ко-терапевта в психодраме?
9. Опишите фазы психодраматического действия.

10. Придумайте технику для разогрева в начале работы группы.

11. Проведите параллели между индивидуальным развитием и групповой динамикой в психодраматическом процессе.

12. Раскройте преимущества и ограничения техники «зеркало».

13. Каковы правила предоставления ролевой обратной связи?

14. Прокомментируйте следующий факт: одного участника психодрамы в начале работы группы выбирали на роли Чувства вины, Матери, Субличности «Девочка», затем — на роли Гнева, Мудрости, Отца, Чувства полета, Матери. Что можно сказать об изменениях в его личности?

Литература.

Барц Э. Игра в глубокое: Введение в юнгианскую психодраму. — М., 1997.

Бубер М. Я и Ты. — М., 1993.

Келлерман П. Ф. Психодрама крупным планом: Анализ терапевтических механизмов. — М., 1998.

Киппер Д. Клинические ролевые игры и психодрама. — М., 1993.

Лейтс Г. Психодрама: теория и практика. Классическая психодрама Я. Л. Морено. — М., 1994.

Марино Р. Ф. История Доктора: Джей Л. Морено — создатель психодрамы, социометрии и групповой психотерапии. — М., 2001.

Морено Я. Театр спонтанности. — Красноярск, 1993.

Психодрама: Вдохновение и техника / Под ред. П. Холмса, М. Карп. — М., 1997.

Холмс П. Внутренний мир снаружи: Теория объектных отношений и психодрама. — М., 1999.

Riebel L. Doctor, Teacher, Indian chief: metaphor and the search for inherent identity // Journal of integrative and eclectic psychotherapy. — №9. — 1990. — P. 119-135.

Moreno J. L. The words of the father. — New York, 1971.

Moreno J. L. Who shall survive? Anew Approach to the problem of human interrelations. — Washington, 1953.

Глава 7. Экзистенциальная психотерапия.

К середине 50-х гг. XX в. противостояние между психотерапевтическими системами, основанными, с одной стороны, на психодинамических, а с другой — на поведенческих принципах, неизбежно привело к формированию «третьей силы», представляющей собой качественно новое видение природы человека. Это новое направление психотерапии, возникшее в Европе и достаточно быстро распространившееся на территории американского континента, получило наименование экзистенциально-гуманистического подхода.

Понятие «экзистенция» *(existencia)* происходит от латинского слова *existere,* буквально означающего «выделиться, появляться». На русский язык этот термин чаще всего переводится как «существование», однако, учитывая его этимологию, необходимо особо подчеркнуть, что под ним имеется в виду не статическое состояние, а процесс, теснейшим образом связанный с возникновением или становлением.[93] Соответственно экзистенциальные методы в психотерапии связаны с психологической работой на онтологическом уровне (от греческого *ontos* — «бытие»), направленной на помощь пациентам в отстаивании и утверждении своего собственного, уникального модуса существования, несмотря на ограничения, которые накладывает жизнь, и в пределах этих ограничений.

Подобное обращение психотерапевтов к первоосновам человеческого Бытия[94], предельным категориям его существования, было отнюдь не случайным. Его обусловливал ряд как внешних по отношению к психотерапевтическому сообществу, так и внутренних причин.

Во-первых, это общая атмосфера психологической, социокультурной и духовной дезинтеграции, царившая в Европе в период второй половины XIX — первой половины XX в.

Так, сохранявшаяся диссоциация викторианской эпохи между «разумом и чувствами» и примат рациональности, хорошо известные из классической литературы этого периода, приводили к подавлению многих эмоций. Их проявление было ограничено жесткими социальными ритуалами: взрывами национального патриотизма, показного пуританства и так называемыми «законными» кутежами выходных дней.

Искусство в лице Сезанна, Ван Гога, импрессионистов, сюрреалистов, Пикассо протестовало против «неподлинности» академизма, пытаясь выразить новое отношение к реальности, вернуть непосредственное эстетическое переживание, выразить всеми возможными средствами смысл ситуации, даже если это отчаяние и пустота.[95]

Религия все больше отделялась от повседневности, в основном реализуясь в специальных, отведенных ей светской жизнью, случаях.

Этика расходилась с бизнесом, шагающим в ногу со всеобщей индустриализацией. Сбывалось предсказание К. Маркса и Ф. Ницше о том, что успех индустриальной системы с ее накоплением капитала (причем деньги полностью отделены от реального продукта человеческих рук) оказывает деперсо-

---

[93] Для объяснения этого понятия психотерапевты часто прибегают к сравнению с семенем, имеющим потенциал стать растением, но эта аналогия не вполне удачна, так как люди, в отличие от остальной живой природы, имеют самосознание, т. е. могут выбирать собственное бытие.

[94] Англоязычные представители экзистенциального направления в психотерапии всячески подчеркивают, что существительное «бытие» происходит от глагола «быть», что подразумевает, «что кто-либо находится в процессе бытия кем-либо» (цит. по: Экзистенциальная психология, с. 146).

[95] П. Тиллих писал, что картина Пикассо «Герника» дает наиболее точный портрет диссоциированного состояния довоенного европейского общества и «показывает то, что сейчас чувствуют в своей душе многие американцы — раскол, эмоциональные сомнения, пустоту и бессмысленность» (цит. по: Экзистенциальная психология, с. 119).

нализирующий и дегуманизирующий эффект на человека и его отношения с другими, превращая людей из субъектов в объекты технологического воздействия.

В *науке* в это время, по меткому выражению Э. Кассирера, был период «автономных наук»: каждая наука развивалась в собственном направлении, без единого принципа. Особенно это касалось наук о человеке. В этот период представления о человеке подтверждались эмпирическими доказательствами, накопленными прогрессивными науками, но «каждая теория становилась прокрустовым ложем, на которое эмпирические факты укладывались таким образом, чтобы соответствовать заранее предполагаемому образцу» (цит. по: Экзистенциальная психология, с. 125).

Во-вторых, это интенсивный опыт глобальных потрясений, обрушившихся на мир в XX в. Революции и мировые войны, выход в космос, проникновение в макро- и микромиры, коммунизм и фашизм, небывалый научно-технический прогресс — все это неизбежно привело к поиску причин подобных перемен и, как следствие, переосмыслению самих основ человеческой жизни.

В-третьих, появление достаточно большого количества пациентов, жалобы которых не «вписывались» в традиционный круг симптоматики, с чем прежде имела дело психодинамическая и поведенческая терапия, и соответственно для лечения которых традиционные методы были малоэффективны.

Задолго до «сексуальной революции» 1960-х гг. было замечено, что смягчение моральных норм, снятие запретов и т. п. (т. е. все то, к чему так или иначе вели оба психотерапевтических направления) не только не приводят к уменьшению психологических проблем и психических расстройств и предсказанному З. Фрейдом росту «витальности», но, наоборот, вызывают увеличение их количества. Мало того, психотерапевтам стали предъявляться жалобы на такие нетрадиционные симптомы, как одиночество, скука, недовольство жизнью, потеря смысла существования, духовная атрофия и т. п.

Своими корнями экзистенциальная психотерапия глубоко уходит в идеи как классической[96], так и современной европейской философии, без рассмотрения чего невозможно понимание того мировоззрения, которое стоит за сложившимися в ней положениями и техниками. Кроме того что многие свои понятия экзистенциальная психотерапия позаимствовала из словаря экзистенциализма (экзистенция, чувство бытия, подлинность и т. п.), как отмечают Р. Кочюнас и Г. Сартан /12/, «похоже, что она является единственной психотерапевтической школой, методы которой имеют достаточно четкое философское обоснование».[97] Вместе с тем необходимо отметить, что отно-

[96] Прежде всего произведения Сократа, Платона, Блаженного Августина, Б. Паскаля, Ф. Шеллинга (позднего периода), Л. Фейербаха, К. Маркса и других мыслителей прошлого, подчеркивавших разрыв между сущностной природой человека и его действительной ситуацией.

[97] Вообще, как указывает Г. Оллпорт в своей работе *Becoming, Basic Considerations for a Psychology of Personality,* американская и британская психология (прежде всего бихевиоризм), так же как и общая интеллектуальная атмосфера, являются продолжением философии Дж. Локка, в то время как в европейской психологии преобладает традиция, идущая от философии Лейбница. Особенность первого вида философии заключается

шения между экзистенциальной психотерапией и экзистенциальной школой философии образно можно сравнить «со связью между клинической фармакотерапией и биохимическими лабораторными исследованиями» (Ялом, 1999, с. 21).

Философско-психологические модели генезиса невроза и теории психотерапии.

И. Ялом очень точно замечает, что «экзистенциализму нелегко дать определение, — так начинается статья об экзистенциальной философии в одной из крупнейших современных философских энциклопедий. Подобным образом начинаются и многие другие справочные тексты; в них подчеркивается тот факт, что два философа, получившие ярлык "экзистенциальных", могут расходиться в своих воззрениях абсолютно по всем кардинальным пунктам (кроме негативной реакции на получение данного ярлыка). В большинстве философских работ эта проблема разрешается путем перечисления экзистенциальных тем (например: бытие, свобода, выбор, смерть, изоляция, абсурдность) и определения экзистенциального философа как того, чья работа посвящена их исследованию» (Ялом, 1999). В связи с этим далее мы рассмотрим избранные работы тех философов, чьи идеи оказали значительное влияние на психологическую практику, сформировавшуюся в рамках экзистенциальной традиции.

Родоначальником экзистенциального направления в философии и психологии стал датский религиозный мыслитель **Сёрен Кьеркегор** (1813-1855 г.).[98] В своих работах он выдвигал идеи веры как противоположности идеям рационализма, «тоталитаризма причинности», развиваемых главенствовавшей в то время в философской системой Гегеля.

Кьеркегор выступал против всеобщих и объективных оснований человеческого бытия. С его точки зрения, человек, в отличие от животного, является не родовым, а *экзистирующим созданием* (так как человек сотворен по образу и подобию Бога). Исходя из этого, разум человека (его родовой признак) является вторичным по отношению к его экзистирующей сущности. Кроме того, разум не может служить основанием человеческой жизни еще и потому, что, хотя он и универсален и ни один человек на земле не в силах избавиться

в подчеркивании того положения, что человеческий разум — это *tabula rasa,* на которой опыт затем записывает все, что происходит, тогда как в рамках философии Лейбница разум рассматривается как имеющий собственное потенциально активное ядро.

[98] В одном из своих сатирических пассажей он сказал о себе: «Данный писатель не имеет ничего общего с философом, он... любитель, который не создает Систему, не обещает Систему, не приписывает ничего ей... Он легко предвидит свою судьбу в том возрасте, когда страсть отступает, уступая место учению, в том возрасте, когда автор, который хочет иметь читателей, должен позаботиться о том, чтобы его книги легко читались во время полуденной дремы... Он предвидит свою судьбу: его будут полностью игнорировать» (цит. по: Экзистенциальная психология..., с. 127). Предсказание оказалось точным. Кьеркегора почти не знали ни как философа, ни как писателя, за исключением тех сатирических памфлетов, которые он публиковал в юмористическом журнале в Копенгагене. Он умер в возрасте 44 лет. Его смерти предшествовал интенсивный и одинокий период творческой работы, за который он написал более 20 книг. Философию Кьеркегора заново открыли лишь в 20-х гг. прошлого века.

от его велений, разум не способен охватить все богатство и уникальность единичной человеческой жизни. Часто разум не в состоянии ни увидеть божественное чудо, ни объяснить его. Он скользит лишь по поверхности, не проникая в глубь жизни, не постигая все ее грани и измерения, прежде всего связанные с духовностью.

Между тем жизнь человека в целом, как считает Кьеркегор, покоится на тех или иных духовных нормах и принципах отношения к жизни. Совокупность этих норм и принципов он называл **этикой**, различая три несводимые друг к другу типа жизни, выражающиеся в трех различных этиках. Ставя в центр своих философских размышлений проблему единичного бытия — бытия единого и единственного человека, он последовательно описал и проанализировал три «сферы существования» человека — эстетическую, этическую, религиозную. При этом движение бытия, по мысли Кьеркегора, осуществляется линейно, а не спиралеобразно. Высшая стадия развития человека (стадия веры) не имеет ничего общего с начальной стадией (эстетической). Вера не дополняет эстетическое и этическое начало жизни, но возвышается над ними, противостоя им обоим.

Первая, **эстетическая стадия жизни человека** описывается Кьеркегором в двухтомной работе «Или-или» (1843). Понимая эстетику как чувственность вообще, он писал, что на этой стадии человек обычно одержим страстями. Выражением этики эстетического человека, который составляет большинство, служит принцип «срывай день», а крайним выражением эстетического бытия является эротика. Это делает эстетического человека пленником собственных устремлений, так как неизбежно наступает пресыщение и ощущение бессмысленности существования, сопровождающееся отчаянием.

Второй стадией жизни человека является **этическая стадия**, которая противоположна эстетической. Основой этической этики служит сознание ответственности и долга каждого человека перед другим человеком, перед человечеством. На этом уровне жизни культивируются постоянство и привычка, а основным требованием становится требование стать самим собой.[99]

Религиозная этика, цементирующая подлинное бытие человека, не снимает предшествующие две, а, напротив, является прямым противопоставлением как эстетической, так и этической стадиям жизни человека. Физиологическим основанием первой этики являются чувства, второй — разум, третьей — сердце. Насколько несоизмеримы и несводимы друг к другу эти физиологические основания трех принципов жизни, настолько несоотносимы и несоизмеримы сами три образа жизни — эстетический, этический и религиозный.

Религиозная этика выводит человека к истинному источнику бытия — **вере**. По мысли Кьеркегора, единичное бытие не может покоиться ни на чем другом, кроме веры. «Вера — это высшая страсть в человеке. В каждом по-

[99] В своей работе «Наслаждение и долг» Кьеркегор писал: «Эстетическим началом является в человеке то, благодаря чему он является тем, что он есть; этическим же то, благодаря чему он становится тем, что он есть» (Кьеркегор, 1994, с. 308).

колении, возможно, существуют многие, кто вообще не приходил к ней, но ни один не идет дальше. Много ли в наше время таких, кто ее не обнаруживает, — это я не берусь решать; осмелюсь лишь обратиться к самому себе: я не скрываю, что передо мной еще долгий путь, однако я не хочу поэтому обманывать себя или это великое, сводя его к чему-то незначительному, к некой детской болезни, от которой нужно желать избавиться возможно быстрее. Но даже для того, кто так и не приходит к вере, в жизни достаточно задач, и если человек их честно любит, жизнь его не растрачена попусту, пусть даже ему никогда не сравняться с тем, кто воспринял и постиг высшее» (Кьеркегор, 1993, с. 111).

Вера является основанием высшей стадии развития экзистенции человека. В своем сочинении «Страх и трепет» (1843) Кьеркегор в качестве примера «рыцаря веры» приводит библейского Авраама, иллюстрируя на примере этого знаменитого случая психологию экзистенции и поступков сердцем. Он анализирует различные варианты истории Авраама. В случае эстетического, чувственного варианта Авраам мог бы молить Бога пощадить его единственного сына, а заодно и его с Сарой, которая умерла бы от горя. Этическая версия — Авраам, с наличием определенного долга и ответственности перед сыном, перед женой, мог бы вонзить нож себе в грудь и тем прославился бы, явив миру настоящую отцовскую любовь. И в первом и во втором случае это был бы обыкновенный человек, которым руководили соответственно чувства или разум.

Но, согласно Библии, Авраам, оставив свой разум, взял с собой веру и все сбылось согласно ей. Как подчеркивает Кьеркегор, главная особенность этой веры состояла в том, что она была *настоящей*, т. е. относилась к жизни в настоящем времени. В этом пункте он противостоит традиционному христианскому учению. Кьеркегор полагал, что в наше время христианство превратило веру в способ добывания будущего (либо прошлого, утраченного) счастья, а следовательно, извратило, сделав ее лишь проявлением разума. Если бы вера Авраама относилась к прошлой или будущей жизни, ему нужно было бы быстрее покинуть этот мир. Но Авраам по-настоящему верит и по-настоящему страдает и источником его страданий является вера. Вера не спасает человека, но делает жизнь человека исключительной.

С этической точки зрения Авраам хотел убить сына, поэтому его можно квалифицировать как убийцу. С точки зрения веры Авраам просто верил, что Бог не допустит зла. Явное противоречие между долгом и верой, между этическим и религиозным началами бытия выявляет *страх*, или *чувство страха*.

Кроме того, Кьеркегор активно призывал прислушиваться к внутреннему голосу, под которым он понимал голос веры и подразумевал, что с его помощью с человеком говорит сам Бог.

Один из самых важных выводов для психотерапии, который можно сделать, исходя из наследия Кьеркегора, состоит в понимании **правды как отношения**. Он писал: «Когда вопрос о правде ставится объективным образом, то отражение объективно направляется на правду как на объект, с которым

связан познающий. Отражение фокусируется не на отношении, а на вопросе — правда ли то, с чем связан познающий? Если только объект, с которым он связан, является правдой, то субъект считается находящимся в правде. Когда вопрос о правде ставится субъективным образом, то отражение субъективно направляется на природу индивидуального отношения. Если только тип этого отношения находится в правде, то индивид также находится в правде, даже если из-за этого он становится связанным с тем, что не является правдой» (цит. по: Экзистенциальная психология, с. 129).[100]

Это понимание имеет важное значение для психотерапии, так как позволяет снять вопрос о достоверности фактов, сообщаемых пациентом. Ничуть не умаляя важность объективной правды (например, факта детской психотравмы вследствие жестокого обращения родителей), психотерапевт просто сосредоточивается на том, как пациент реагирует на это событие, находя правду в возникающих по этому поводу отношениях.

И второй вывод — для психотерапии очень важна **преданность или страстность к правде**. Преданность здесь понимается не только в интеллектуальном стремлении и понимании правды, но прежде всего в готовности реализовать ее в действии, даже болезненном. С этой позиции все рассуждения и пациента, и психотерапевта могут не иметь никакой ценности до тех пор, пока не поставят их в ситуацию «всё или ничего». Только в ситуации искренней мотивации, чаще всего связанной с предельными страданиями и отчаянием, у человека действительно проявляется желание дойти в исследовании самого себя до самой глубины. Таким образом, Кьеркегор привнес в философию и психологию вопрос не только о том, «быть или не быть» индивидом, но и том, «как им быть».

Еще одним мыслителем, намного опередившим свое время и глубоко предвидевшим психологическое и духовное состояние человека европейской культуры в XX в. и возможные пути его изменения, был **Фридрих Ницше** (1844—1900).

Надо заметить, что хотя он жил всего лишь на четыре десятилетия позже Кьеркегора, в его работах отразилась совершенно иная стадия культуры XIX в. Он никогда не читал творений Кьеркегора (сохранились сведения, что друг Ницше привлек его внимание к произведениям датчанина за два года до смерти самого Ницше), однако в литературе по экзистенциальной философии и психотерапии их довольно часто цитируют вместе.

Подобно Кьеркегору, в своих произведениях Ницше яростно нападал на *простой разум* в его бесплодной, фрагментарной, рационалистической форме. Ницше искал последних пределов рефлексии, чтобы увидеть за ними реальность, которая лежит в основе и *разума*, и *неразума*. С его точки зрения, рефлексия в конечном счете — обращение на себя, отражение. Вопросом для

[100] Такое понимание относительности правды в XX в. нашло свое подтверждение не только в экспериментальной психологии, но и в квантовой физике, опровергнувшей принцип Коперника об обязательной отстраненности наблюдателя от объекта наблюдения.

живущего экзистенциального человека является то, *что* он отражает, иначе рефлексия истощает жизненные силы.[101] Как и представители возникшей немного позже глубинной психологии, Ницше попытался привнести в сферу существования бессознательные источники человеческого величия, впрочем, так же как и болезненные, саморазрушительные мотивы. Кроме того, и Кьеркегор, и Ницше развивали идею великой силы самосознания.[102]

Ницше придерживался мнения о том, что человек должен экспериментировать с жизненными истинами не в лаборатории, а в собственном опыте. Каждое новое открытие надо встречать вопросом: «Можно ли этим жить?». «Все правды, — говорил он, — для меня кровавые правды». Отсюда его знаменитое высказывание: «Ошибка — это трусость».

Говоря об отчуждении религиозных лидеров от интеллектуальной целостности, он обвинял их в том, что они никогда не делали «их опыт делом сознательного знания. Что я на самом деле пережил? Что случилось во мне и вокруг меня? Был ли мой разум достаточно ясен? Восстало ли мое желание против всех обманов?. Никто из них не задается этим вопросом. Мы, однако, другие, жаждущие разума, хотим взглянуть на наш опыт строгим взглядом научного эксперимента!. Мы сами хотим быть и экспериментатором, и подопытным кроликом!» (цит. но: Экзистенциальная психология, с. 133).

Ницше подчеркивал, что внутренняя дезинтеграция его времени была неразрывно связана с потерей веры в сущность человеческого достоинства. Эта потеря, в свою очередь, была связана с силой двух основных религиозных традиций, которые послужили основанием для ценностей западного общества, — иудео-христианской и гуманистической. Он считал, что искаженные формы теизма, а также религиозные практики, играющие с эмоциями, стали частью болезни и должны умереть. Как раз в этом заключается смысл его идеи о «человеке власти» и знаменитого высказывания «Бог умер».[103]

Его понятие «воля к власти» вовсе не означает агрессию, соревновательные мотивы или какой-либо другой подобный механизм, как это преподносилось ранее в отечественных учебниках по философии и психологии. Слово «власть» используется Ницше в своем классическом смысле как *potentia, dynamism.* Это понятие подразумевает самореализацию индивида в самом полном смысле. Она требует смелости прожить весь индивидуальный потенциал конкретного существования. Это индивидуальное утверждение собственного существования и собственного потенциала как существа, имеющего на это

---

[101] Одна из причин, по которой влияние Ф. Ницше на психологию и психотерапию было таким несистематичным, ограничивающимся лишь случайным цитированием того или иного афоризма, состоит в том, что стиль его работ весьма эмоционален, что порой сказывается на последовательности и логичности изложения.

[102] Позже эти философские идеи оформил в своих психологических построениях З. Фрейд, описав слабое и пассивное Эго, «которое живет с помощью Ид», потеряв собственные самонаправляющие силы. В этом отношении становится более понятной основная терапевтическая направленность психодинамической психотерапии — «где был Ид, там будет Эго».

[103] Р. Мэй проводит такую параллель: «Грубо говоря, Кьеркегор говорит из того времени, когда Бог умирает, а Ницше — когда Бог умер» (цит. по: Экзистенциальная психология, с. 134).

право.[104] Это «мужество быть индивидом», как замечает экзистенциальный богослов П. Тиллих в своем эссе, посвященном Ницше.[105]

Самыми разными способами Ницше утверждает, что эта власть, т. е. это расширение, рост, превращение потенциала в действительность, является центральной динамической потребностью жизни человека. Его работы прямо связаны с гуманистическими психологическими исследованиями (например, А. Маслоу), в которых самоактуализация рассматривается как фундаментальная потребность организма, блокировка которой ведет к разного рода психопатологии. По Ницше, фундаментальная потребность заключается в том, чтобы прожить свои *potentia*. «Человек стремится не к удовольствию, а к власти». На самом деле, счастье — это не отсутствие боли, но «самое живое ощущение власти», радость — это «положительное чувство власти». Здоровье он также представляет как побочный продукт использования власти, власть здесь описывается как способность пережить болезнь и страдание.

Можно сказать, что Ницше был натуралистом в том смысле, что он все время пытался найти связь между каждым выражением жизни и более широким контекстом всей природы. Однако именно в этих рассуждениях он показывает, что человеческая психология всегда больше биологии. Один из наиболее важных экзистенциальных акцентов он делает на том, что *ценности человеческой жизни* никогда не бывают автоматическими. В отличие от дерева или камня, человеческое существо *может потерять свое бытие по собственному выбору*. Утверждение собственного бытия создает ценности жизни. «Индивидуальность, богатство и достоинство не *gegeben*, т. е. данные нам от природы, а *aufgegeben*, т. е. данные или предназначенные нам в качестве задачи, которую мы должны решить» (цит. по: Экзистенциальная психология, с. 135).[106]

В связи с этим вечная тема Ницше — раскрытие самообмана. В его работах имеется большое количество психологических прозрений, параллельных более поздним психодинамическим формулировкам З. Фрейда. Так, в «Генеалогии морали» (1887) он описывает образование симптомов и реакций, развивая тезис, гласящий, что альтруизм и нравственность являются результатами вытесненной враждебности и негодования. То есть когда индивидуальные *potentia* оборачиваются вовнутрь, результатом становится плохое

---

[104] В. Кауфман кратко резюмирует мнение Ницше по данному вопросу: «Задача человека проста: ему следует более не позволять своему существованию быть "бессмысленной случайностью"... Фундаментальная проблема человека — достижение правды существования, а не продолжение своей жизни как еще одной случайности. В "Веселой науке" Ницше нападает на формулировку, которая выводит на свет важный парадокс любого различения между я и истинным я: "Что говорит твое сознание? — *Ты станешь тем, кем ты являешься".* Ницше оставался верен этой концепции до самого конца, и полное название его последней работы таково: *Ecce Homo, Wie man Wird, was man ist* — "Как человек становится тем, кем он является"» (цит. по: Экзистенциальная психология, с. 135).

[105] В своей одноименной книге христианский богослов П. Тиллих, анализируя человеческое бытие с точки зрения протестантизма, дает следующее определение «мужеству быть» — «этический акт, посредством которого человек подтверждает свое собственное бытие, несмотря на те элементы, которые противоречат его самоутверждению».

[106] Этот акцент сделан и в теологических работах П. Тиллиха. Мужество открывает путь к бытию; если у тебя нет «мужества быть», то ты теряешь «собственное бытие».

сознание. Он дает живое описание «неспособных» людей, «которых переполняет агрессия», их счастье абсолютно пассивно, оно принимает форму наркотического спокойствия, потягивания и зевания, умиротворения, «воскресенья», «эмоциональной слабости». Эта обращенная внутрь агрессия прорывается в садистических требованиях к окружающим. Кроме того, он дает поразительно точные формулировки процесса сублимации, который его особенно интересовал. Говоря о связи между творческой энергией человека и сексуальностью, Ницше пишет: «Вполне возможно, что появление эстетической среды не останавливает чувственность, как считал Шопенгауэр, а просто переводит ее в такую форму, в который она больше не переживается как сексуальный мотив» (цит. по: Экзистенциальная психология, с. 136).[107]

Важное значение для понимания экзистенциалистских идей в психотерапии имеет **феноменология Эдмунда Гуссерля**.[108] Критикуя натуралистическую философию и экспериментальную психологию за их естественнонаучный детерминизм, Гуссерль считал, что сведение духовной жизни человека к «объективным» факторам и «телесным» процессам неминуемо ведет к кризису наук о человеке и, как следствие, господству иррационализма.

Ученик Франца Брентано[109] и Карла Штумпфа[110], Гуссерль развивал вариант трансцендентального идеализма, пытающегося в самом познающем субъекте найти универсальные пути конструирования действительности. Порывая с традиционным представлением о сознании как о чем-то «внутреннем», соотносимом с внешним миром, Гуссерль полагал, что главная характеристика сознания — это его **интенциональность**, т. е. направленность на предмет.

Сознание всегда есть «сознание о чем-то», а не какая-то замкнутая в себе субъективность. Субъект и объект неразрывно связаны друг с другом. Непредметное сознание невозможно. С другой стороны, не существует и независимых от сознания предметов. Сознание всегда является осознаванием, переживанием предмета, а предмет есть то, что обнаруживается лишь в акте сознания, высвечивающем, конституирующем его бытие. Таким образом, функция человеческого сознания образуется актом переживания (восприятия, суждения, воспоминания, оценки и т. д.) и тем предметом, на который направлен данный «смыслополагающий» акт. Это два полюса любого феноме-

---

[107] Сходство идей Ф. Ницше и З. Фрейда было известно окружению Фрейда. Однажды вечером 1908 г. в программе Венского психоаналитического общества стояло обсуждение работы Ницше «Генеалогия морали». Фрейд упомянул, что он пытался читать Ницше, но, обнаружив богатство мысли автора, отказался от этой идеи. Позже он утверждал, что «Ницше знал себя гораздо глубже, чем любой другой человек, который когда-либо жил или будет жить» (цит. по: Экзистенциальная психология, с. 137).

[108] Как писал один из исследователей творчества Э. Гуссерля Х. Шпигельберг, «фактически в этом веке (XX. — *Примеч. авт.*) феноменология оказывала большее влияние на психологию и психиатрию, чем любое другое течение философии» (цит. по: Руткевич, с. 32).

[109] Любопытно, что, согласно классической биографии Э. Джонса, молодой З. Фрейд еженедельно в течение двух лет посещал философский семинар Ф. Брентано, в связи с чем некоторые его телеологические взгляды во многом испытали влияние идей последнего.

[110] К. Штумпф был одним из лидеров «новой» экспериментальной психологии, возникшей в Германии во 2-й половине XIX в. Знаменитые основатели гештальт-психологии Келлер и Кофка также были студентами К. Штумпфа и использовали феноменологию как метод анализа психологических феноменов.

на: если исключить один, то исчезнет и другой. Бытие и сознание, мыслимое и мысль друг без друга не существуют.

Следовательно, задачу психолога-феноменолога Гуссерль видел в прослеживании интенциональных актов, конституирующих предмет. Эти акты связаны друг с другом не каузальными (причинно-следственными) связями, а мотивациями. Одно осмысленное переживание служит возможностью для другого, но не определяет его причинно. Сознание представляет собой поток переживаний, и целью психолога становится описание этого «абсолютного единства связности сознания».[111]

В связи с этим нельзя обойти вниманием и тот факт, что существует достаточно выраженное сходство между идеями экзистенциализма, экзистенциальной психотерапии и восточными духовными практиками. Как отмечает Р. Мэй, «и там, и там мы видим исследование онтологии, изучения бытия. В обоих течениях мы встречаем поиск такого отношения к реальности, которое позволило бы устранить разрыв между субъектом и объектом. В обоих случаях утверждается, что западное стремление к завоеванию власти над природой привело не только к отчуждению человека от природы, но косвенно и к отчуждению человека от самого себя» (цит. по: Экзистенциальная психология, с. 121).[112]

С одного из самых сложных и «туманных» философских произведений ученика Гуссерля, **Мартина Хайдеггера**, обычно начинают историю экзистенциализма XX в.[113] Своеобразно развивая лозунг Ф. Ницше об «умершем Боге», в своей книге «Бытие и время» Хайдеггер заявил о *забвении бытия*. По его мысли, это связано с тем, что, совершив замечательные открытия, наука воплотила их в инструменты технического господства над природой, в насилие над ней, ради получения материальных благ (выгоды). Весь мир превратился в поле деятельности «субъекта», переделывающего мир согласно собственным желаниям и прихотям. Видящий в мире лишь источник получения все новых и новых предметов потребления, человек теряет все остальные измерения бытия, не замечая, что его деятельность угрожает его собственному существованию.

Между тем данные каких бы то ни было конкретных наук ничего не говорят о бытии. С точки зрения Хайдеггера, пауки имеют дело с сущим, с теми или иными предметными областями, которые описываются в родо-видовых определениях. Человеческое же бытие отличается тем, что находится в «понимании бытия», сколь бы смутным оно ни было, задается вопросом о его

---

[111] Отметим, что, несмотря на многочисленные обвинения в идеализме, спекулятивности и прочем со стороны многих известных философов и психологов (Ж. Пиаже, А. Н. Леонтьева и др.), последователям «понимающей психологии» Э. Гуссерля удалось получить достаточно интересные данные, касающиеся процессов восприятия, антиципации, памяти, эмоций, межличностного общения и т. п.

[112] Однако это совпадение не является полным. Так, экзистенциальная психотерапия, как и экзистенциализм, не является всеобъемлющей философией или религиозной системой. Кроме того, они погружены и выходят непосредственно из конфликтов западного человека, не ища ответа в других культурах.

[113] Строго говоря, это не совсем верно, так как раньше появились некоторые произведения К. Ясперса, Х. Ортеги-и-Гассета, М. де Унамуно, Н. Бердяева, Л. Шестова, в которых многие положения экзистенциализма уже нашли свое выражение.

«смысле». Осознанно это делают немногие, большинство людей «предпринимает, осведомляется, выспрашивает, наблюдает, обсуждает, предназначает». Но в той или иной форме данный вопрос всегда стоит перед людьми, и «каждый из нас поражался хотя бы однажды, возможно чаще, чем однажды, скрытой власти этого вопроса, даже не осознавая при этом, что с ним происходит» (цит. по: Руткевич, с. 42).

Вопрос о «смысле бытия», по Хайдеггеру, не является просто характеристикой человеческого мышления. Это само бытие задается вопросом о собственном смысле. Для обозначения этой человеческой реальности Хайдеггер предлагает нетрадиционное истолкование немецкого термина *Dasein* — *Da* — *sein* (здесь — бытие), употреблявшегося обычно в смысле «наличное бытие», или «существование вообще». Он использует его в онтологическом смысле, говоря о возможных условиях бытия, его априорных структурах, а не о реальности. В дальнейшем он очень подробно исследует эти условия и структуры, называя их **«экзистенциалами».**

В **«аналитике здесь-бытия»** *(Daseinanalytik)* мир также неотделим от человеческого сознания. Но, в отличие от феноменологии, Хайдеггер описывает мир, как он дан сознанию человека до любой рефлексии (не говоря уже о научном опыте). «Здесь-бытие» всегда чье-то, оно всегда некое «я есмь» или «ты еси», конкретно и раскрыто со всеми своими «экзистенциалами» себе самому.[114]

Первый из экзистенциалов — **«бытие-в-мире»** *(In-der-Welt-sein).* Он означает, что *Dasein* всегда конкретно и не может быть сведено к чистой мысли или субъективности. Человек немыслим без мира, с которым он соотносится, поэтому его «бытие-в-мире» существенно отличается от бытия камня или животного (они пребывают в мире иначе, чем человек). Соотнесенность человека с миром является прежде всего практической, заинтересованной, инструментальной. Повседневное «бытие-в-мире» изначально «сподручно».

«Сподручные» вещи, согласно Хайдеггеру, имеют для человека смысл, являясь его возможными действиями. Порядок вещей, существующий во «внутреннем мире» человека, представляет собой проекцию его возможностей. Мир есть поле деятельности *Dasein,* которое и придает предметам «внутреннего мира» смысл. Пребывая в мире, *Dasein* не находится в пространстве, но структурирует пространственность мира. Так, например, очки, через которые человек смотрит на звезду, находятся в пространстве «заботы» куда дальше от него, чем сама звезда, имеющая смысл для него как поэта или астронома. Переживание смысловой дистанции, близости или удаленности предмета от сознания человека становится на место свойств объективно существующего пространства. Следствием этого становится то, что *Dasein* бес-

[114] Наиболее точное описание «здесь-бытия» дает Б. Паскаль: «Когда я оглядываюсь на короткий миг своей жизни, поглощенный бесконечностью со всех сторон, на то маленькое место, которое я занимаю, или даже вижу, захваченный бесконечностью космоса, которого я не знаю и который не знает меня, я боюсь и хочу увидеть себя скорее здесь, чем там, потому что не существует причин, по которым я должен быть здесь, а не там, сейчас, а не тогда...» (цит. по: Экзистенциальная психология, с. 120).

телесно, ибо тело есть лишь нечто сподручное, один из инструментов «здесь-бытия», которое само по себе не находится, «не имеет места» в пространстве.

«Здесь-бытие» всегда открыто другим, так как человек рождается уже помещенным в мир, населенный другими людьми. Следующие два экзистенциала — **«со-бытие»** *(Mitsein)* и **«со-здесь-бытие»** *(Mitdasein)* определяют модусы **«здесь-бытия»**: **«падение», «заброшенность»** и **«проект».**

«Падение» — это экзистенциальный процесс самоотчуждения человека, потери собственной подлинности (аутентичности), растворения в «публичном» мире. Описывая безличность людей, погруженных в повседневность, Хайдеггер употребляет субстантивированное неопределенно-личное местоимение *das Man*. «Совместное бытие настолько растворяет свое "здесь-бытие" в способе бытия "других", что "другие" еще больше исчезают в своей различности и выразительности. В этой неприметности и неуловимости разворачивается настоящая диктатура *das Man*... Мы наслаждаемся и развлекаемся, как вообще наслаждаются, мы читаем, смотрим и судим о литературе так, как смотрят и судят вообще, но мы и отделяем себя от "толпы", мы возмущаемся тем, чем вообще возмущаются. Среднее, будучи неопределенным и будучи всеми, хотя и не суммой всех, предписывает способ бытия повседневности» (цит. по: Руткевич, с. 47).

Подлинность и неподлинность являются результатами выбора каждого человека. Они присутствуют всегда, в любой цивилизации, меняются лишь формы их проявления.

«Заброшенность» — процесс созвучности мира и человека друг другу. Однажды человек осознает, что, независимо от собственных желания или воли, он оказывается помещенным в какой-то мир, где ему приходится жить. Это имеет важное психологическое значение, так как ощущения, чувства и настроения человека оказываются не просто индивидуальными эмоциональными проявлениями, а и знаками того, что имеется в самом мире. Мы веселы и печальны не только потому, что нам радостно или грустно, но и потому, что мы живем в таких мирах. Соответственно, переживая «заброшенность», человек открывает, что его бытие есть совокупность возможностей и что выбирать среди них должен он сам.

«Проект» — это экзистенциальный процесс «забегания вперед» самого себя, следующий за открытием своих возможностей. Таково «подлинное существование», свободно выбирающее себя независимо от каких-либо закономерностей внешнего мира, поскольку внешнего мира как такового для «здесь-бытия» нет.

Возможности выбора всегда уже имеют какой-то смысл, уже поняты, истолкованы человеком. Предметов, лишенных смысла, вообще не существует, а то, что наделено смыслом, понимается в терминах проектов, целей «здесь-бытия».

«Падение», «заброшенность» и «проект» являются как бы тремя ликами одного и того же феномена, которому Хайдеггер дал имя **«забота»** *(Sorge).*

Отметим, что «бытие-в-мире», «здесь-бытие» и «забота» являются фактически различными наименованиями одной реальности — бытия человека. Однако «забота» характеризует его существование в целом.

Три варианта «заботы» связывались Хайдеггером с тремя измерениями времени. Так, будущему соответствует «проект», прошлому — «заброшенность» в мир и предоставленность самому себе, наконец, подлинность всегда озабочена настоящим.

Эта сложная философская конструкция оказала большое влияние на возникновение экзистенциальной психотерапии. Некоторые психоаналитики стали пользоваться ее языком для описания своей клинической практики, мотивируя это отсутствием в ней присущего ортодоксальному психоанализу биологического редукционизма. Психофизиологические же особенности человека, связываемые Хайдеггером с «заброшенностью», стали рассматриваться как возможности его телесной или психической организации. Если они детерминируют действия человека извне, то речь должна идти о неподлинном существовании, потере самого себя.

Подлинное (аутентичное) существование начинается с **«тревоги».**[115] Обычный, неаутентичный человек страшится чего-то конкретного, ему известного, чаще всего угрожающего его здоровью, социальному престижу, материальному достатку, семейной жизни и т. п. Аутентичный человек начинается с тревоги, когда «здесь-бытие» начинает страшиться самого себя. Когда «здесь-бытие» полностью погружается в мир повседневности, отдает себя «диктатуре публичности», оно отворачивается от самого себя, бежит от собственных возможностей. Поэтому угроза исходит ниоткуда, пугает «ничто».[116]

За счет этой тревоги «ничто» весь остальной мир теряет смысл. «Здесь-бытие» обнаруживает себя в полном одиночестве. Исчезает власть «публичности», распадаются все привычные основания, мир ощущается чуждым и небезопасным. Но вместе с тем «здесь-бытие» пробуждается к подлинному существованию, к ответственности за собственные деяния. Исходя из этого «здесь-бытие» открывается в своей уникальности и незавершенности как свободно проектирующее себя.

Кроме того, подлинное существование определяется Хайдеггером как **«бытие-к-смерти».** Завершенность, законченность становления означает и потерю себя. «Здесь-бытие» всегда «еще не», а с завершением его — «уже не». Поэтому бессмысленно говорить о смерти как «прекращении» (например, как о дожде), «свершении» (как о работе) или «исчезновении». «Бытие-

---

[115] Соответствующее немецкое слово *Angst* означает страх, однако М. Хайдеггер отличает его как онтологический страх от страха «онтического», обычного, обозначаемого термином *Furcht.*

[116] Австрийский писатель Г. Мейринк в романс «Голем» дает описание такого страха: «Это ужас, рождающийся сам из себя, парализующий страх перед чем-то неосязаемым, что лишено всякого облика и разрушает все пределы нашего мышления... Все то же страшное, мучительное "ничто": его нет, но своей ужасающей жизнью оно наполняет всю комнату».

к-смерти» означает, что смертность присуща самому «здесь-бытию», это его модус, в котором оно раскрывается в своей подлинности.

Человек умирает, никогда не будучи «завершенным», и в то же самое время он всегда достаточно стар, чтобы умереть. Смерть — не нечто, приходящее извне, это возможность самого «здесь-бытия», которое непрерывно «забегает» в будущее, т. е. смерть. Понимание собственной смертности совершает своего рода «внутреннюю революцию» в человеке, заставляя экзистенцию обратиться к собственным возможностям. Тревожное стояние лицом к лицу с небытием открывает собственное существование в его подлинности и свободе. Это свобода от иллюзии повседневности, «свобода-к-смерти».

Продолжением идей Хайдеггера **стал экзистенциальный психоанализ Жана-Поля Сартра**.[117] Ставя в центр внимания гуссерлианскую идею интенциональности сознания, он понимает его как «безличную спонтанность» — многообразие ничем не детерминированных актов. «Оно определяет себя к существованию в каждый момент, так что ничего нельзя постичь до него. Таким образом, каждый момент нашей сознательной жизни открывает нам творчество из ничего, не новую установку, а новое существование. Есть нечто устрашающее для каждого из нас в уловлении этого неутомимого творчества существования, творцами которого мы не являемся» (цит. по: Руткевич, с. 61).

Главным понятием собственной системы он делает понятие **свободы**, которую определяет как выбор своего бытия: человек — ничто, поэтому он таков, каким он себя свободно выбирает (свобода выражается в возможности выбирать свое отношение к данной ситуации). «... совершаемый человеком свободный выбор самого себя полностью совпадает с тем, что принято называть его судьбой» (Сартр, с. 449).

В своем основном произведении с характерным названием «Бытие и ничто» Сартр сводит понятие свободы к отношению субъекта к независимому от него окружению. Вместе с 3. Фрейдом (как считает Сартр) он отвергает «великие объяснительные идолы нашего времени — наследственность, образование, среду, психологическую конституцию». Объективная ситуация не сама по себе ограничивает или подавляет свободу, а лишь в той мере, в какой она переживается как ограничение. «Человек не есть вначале, чтобы затем быть свободным: нет различия между бытием человека и его "свободным бытием"» (цит. по: Руткевич, с. 63).

Поскольку препятствие определяется тем, чего мы хотим, достаточно отказаться от своего стремления — и данная ситуация перестанет быть препятст-

---

[117] Отметим, что положения экзистенциального психоанализа он применял не только в философскопсихологических трактатах и эссе, но и в романах, пьесах, политической публицистике, что, с одной стороны, способствовало широкой популяризации его идей, а с другой — тому, что его воззрения часто рассматривались профессиональными философами и психологами как недостаточно обоснованная риторика. В частности, англоязычные экзистенциалисты долгое время расценивали Ж.-П. Сартра в лучшем случае как писателя-моралиста, неспособного создать ясную концепцию. Как отмечает А. М. Руткевич, именно эта репутация способствовала тому, что американские психотерапевты, принявшие основные положения европейского экзистенциализма, в то же время всячески открещивались от французского философа, хотя «иногда чуть ли не дословно его повторяли».

вием. В этом случае задача как свободной личности, так и психотерапевта заключается не в том, чтобы изменить мир, а в том, чтобы изменить свое отношение к нему. Исходя из этого, человек, по словам Сартра, «осужден быть свободным».

Свобода предполагает независимость по отношению к прошлому, некое отрицание его и даже разрыв с ним. Будущее, а не реальное настоящее, служит критерием свободы. Исходя из этого, свобода обеспечивается только выбором цели и не нуждается в достижении последней.

Такое учение о человеческой свободе предопределяет характер экзистенциальной этики, в соответствии с которой человек — единственный источник, критерий и цель нравственности. Моральные ценности, как и все ценности вообще, лишены объективного критерия. В качестве основополагающего критерия нравственности выдвигается аутентичность — соответствие сознания человека именно его собственному, «подлинному» сознанию. Это выражено и в «категорическом императиве» Сартра: пользуясь своей свободой, будь самим собой.

Аутентичность означает свободное становление, отрицание любой наличной действительности, спонтанный выход за собственные пределы, полноту ответственности за собственные действия. «Неподлинно» же существующий человек, по мнению Сартра, пребывает в «дурной вере», у него «нечистая» совесть, так как он перекладывает ответственность за свои поступки на природные или социально-исторические закономерности. Таким образом, «подлинное» существование понимается как результат осознания индивидом своей жизненной ситуации и ответственного к ней отношения.[118]

Для Сартра «отношение» — это отношения Я как субъекта к себе, другим Я и окружающей среде. Это отношения, которые связывают человека «через внутреннее с внутренним других». Сердцевина их индивидуалистична. Личность первична, система общественных отношений вторична (она сводится к межиндивидуальным отношениям). Поэтому любые формы социального существования, подчинения «диктатуре публичности», коллективные действия являются неаутентичными.

Введением понятия «первоначальный выбор» Сартр попытался заменить психоаналитическое понятие либидо. Он подвергнул резкой критике те биографические исследования, в которых все многообразие человеческой личности сводилось к неким универсальным абстрактным законам. Сартр считал, что психиатры слишком быстро удовлетворяются обнаружением общих структур в продукции пациента (бреде, галлюцинациях и т. п.), тогда как непонятным остается главное — «почему этот человек считает себя именно

---

[118] Это хорошо видно на примере героев его художественных произведений («Тошнота», «Мухи» и др.). Сталкиваясь с абсурдностью своего существования, обнаруживая себя погруженными в «дурную веру», они открывают свою автономность и свободу и действуют, осознавая всю полноту ответственности за содеянное. Кроме того, его биографические исследования о Ж. Жене, Ш. Бодлере, Г. Флобере также являются непосредственным применением экзистенциального психоанализа. Как отмечает один из западных исследователей творчества Сартра, «изучение экзистенциального анализа после прочтения художественных произведений Сартра подобно заглядыванию за занавес кукольного театра» (Barnes, p. 275).

этой исторической личностью скорее, чем другой». Вместо этого он предложил обратиться к личности заболевшего человека, «расшифровав» ее с помощью обнаружения «первоначального проекта», тем самым найдя не абстрактное, а конкретное знание о ней.[119] «Если мы признаём, что личность является тотальностью, мы не можем надеяться на реконструкцию ее через сложение и организацию различных тенденций, которые были нами открыты в ней эмпирически. Напротив, в каждом намерении, в каждой тенденции личность выражает себя полностью» (цит. по: Руткевич, с. 68).

Отметим, что экзистенциальный психоанализ Сартра долгое время не оказывал заметного влияния на психотерапевтическую теорию и практику. Большая часть психотерапевтов того времени последовала за идеями Хайдеггера. Но в 1960-е гг. именно сартровский вариант экзистенциального психоанализа стал определять основные черты такого движения, как «антипсихиатрия».[120]

Французский писатель **Альбер Камю** в своих художественных произведениях пытался анализировать ситуацию человека, ищущего смысл жизни в объективно не имеющем такого смысла мире.[121] Он утверждал, что люди — нравственные существа, ищущие в мире смысловые ценности, дающие основу для нравственных суждений. Напряжение между стремлением человека и безразличием мира создает то, что Камю называет **абсурдом** человеческой ситуации.

Согласно его взглядам, человек может созидать смысл своей жизни, любя свои «ночи отчаяния», погружаясь в водоворот бессмысленности и достигая позиции **героического нигилизма**, т. е. живя с достоинством перед лицом абсурдности. Это достоинство понимается прежде всего как бунт против собственной судьбы. «Сокрушающие нас истины отступают, как только мы распознаем их... Нет судьбы, которую не превозмогло бы презрение» (Камю, с. 91).

Первую попытку соединения философских идей экзистенциализма и современных ему психиатрических представлений предпринял швейцарский психоаналитик **Людвиг Бинсвангер.** В 30-х гг. XX в. он предложил психотерапевтическую концепцию **экзистенциального анализа *(Daseinanalyse)***, изложив принципы феноменологического описания внутреннего мира пациента.

Людвиг Бинсвангер (1881-1966) родился в семье врачей. Вслед за своим дедом и отцом в 1911 г. он стал главой известного санатория Бельвю в

[119] «Универсальный ключ» для «расшифровки» Ж.-П. Сартр обнаружил в «психоанализе вещей» своего современника и соотечественника Г. Башляра. Согласно ему, если человек есть то, чего он желает, что предпочитает, то необходимо понять природу этого предпочитаемого бытия. Скажем, если ребенок постоянно рисует животных, следует понять тот смысл, который имеет это животное для его «жизненного проекта».

[120] Значительным было влияние Сартра и на тех философов, которые пытались переосмыслить психоанализ с позиций экзистенциальной феноменологии. В этой области наиболее известна герменевтика П. Рикёра, попытавшегося объединить в своем учении феноменологическую концепцию сознания и «феноменологию духа» Гегеля.

[121] Совершаемые здесь экскурсы в литературное творчество связаны с тем, что многие экзистенциальные философы и психологи предпочитали для изложения своих взглядов именно литературную форму.

Кройцлингене, заведование которым в 1956 г. передал сыну. Получив прекрасное медицинское образование в Лозанне, Гейдельберге и Цюрихе, он работал ассистентом у Э. Блейлера и параллельно учился психоанализу у К. Г. Юнга, через которого в 1907 г. познакомился с З. Фрейдом.[122] В 1910 г. он был выбран президентом Швейцарского психоаналитического общества. Наряду с двумя другими швейцарцами, Э. Оберхольцером и О. Пфистером, Бинсвангер в трудные годы становления психоанализа был одним из наиболее верных приверженцев Фрейда.

Несмотря на теоретические разногласия, на протяжении всей своей жизни Бинсвангер сохранял близкие дружеские отношения с Фрейдом. В одном из писем Фрейд писал: «Я был восхищен Вашим прекрасным языком, Вашей эрудицией, широтой Вашего горизонта, тактичностью, с которой Вы опровергаете меня. Хорошо известно, что любого можно вспугнуть большим количеством похвал... Естественно, благодаря этому Вам не удалось убедить меня. Я всегда ограничивал себя первым этажом и фундаментом здания. Вы подчеркиваете, что, изменив свою точку зрения, любой сможет увидеть более высокие этажи, где живут такие видные гости, как религия, искусство и т. д. Я уже нашел место для религии, расположив ее в категории "неврозов человечества". Но, возможно, наш спор и наши различия будут сглажены только через столетия» (цит. по: Экзистенциальная психология, с. 26). В другом письме он добавлял: «В отличие от большинства других, несмотря на Ваше интеллектуальное расхождение со мною, Вы не стали разрушать наши личные отношения. Вы даже не догадываетесь, насколько приятно общаться со столь тонко чувствующей душой».

Бинсвангер неоднократно встречался как с Э. Гуссерлем, так и с М. Хайдеггером. О значении философских идей последнего он сказал так: «Хайдеггер вручает психиатру ключ, при помощи которого он может, не будучи связанным предубеждениями какой-либо научной теории, установить и описать исследуемые им феномены в полном их феноменальном содержании и соответствующем контексте» (цит. по: Холл, Линдсей, с. 264).

Бинсвангер был выдающимся психиатром, являлся действительным или почетным членом десятка медицинских академий, а в 1956 г. ему была вручена высшая для психиатра награда — медаль Э. Крепелина.

Прежде всего Бинсвангер предпринял попытку реформирования психоаналитического учения как системы, выводящей религию и мораль из инстинктивных влечений.[123] Он считал, что «только теоретически и абстрактно инстинкт и дух могут быть разделены... Если Ницше и психоанализ показали,

---

[122] Любопытно, что в то же время одним из известнейших оппонентов психоанализа был его дядя — Отто Бинсвангер.

[123] В своей небольшой книге, написанной по просьбе Анны Фрейд, Л. Бинсвангер вспоминал об одной беседе с З. Фрейдом, который говорил: «Человечество всегда знало, что оно обладает духом, я должен был показать, что имеются также инстинкты». Но когда Бинсвангер, воодушевившись его словами о духовности человека, стал говорить о несводимости религиозных феноменов к каким-либо другим, Фрейд коротко ответил: «Религия происходит из бессилия и страха детского возраста и раннего периода человечества» — и с улыбкой показал рукопись «Будущего одной иллюзии» (цит. по: Руткевич, с. 80).

что инстинктивность, особенно в форме сексуальности, выходит за свои пределы, чтобы достичь вершин человеческой духовности, то мы должны попытаться показать тот уровень, до которого, выходя за свои пределы, доходит духовность — глубочайшие равнины "витальности". Другими словами, мы должны постараться показать, как можно говорить о религиозной, моральной и эстетической жизни в тех сферах человеческого существования, которые до сих пор казались подвластными витальной и инстинктивной жизни» (цит. по: Руткевич, с. 80).

Кроме того, психоанализ не устраивал его по тем же причинам, что и любые другие «объясняющие» подходы к человеческому сознанию. В научных теориях, писал Бинсвангер, «реальность феноменального, его уникальность и независимость поглощаются гипотетическими силами, влечениями и управляющими ими законами» (цит. по: Руткевич, с. 81). Экзистенциальный анализ, с его точки зрения, должен разорвать путы всех специализированных научных концепций человека и описать человеческое существование в его целостности, т. е. антропологически.[124]

Соответственно Бинсвангер отвергал и принцип каузального объяснения психических явлений, ибо субъективный смысл и причинность, по его мнению, исключают друг друга. «Объективистские» концепции не дают истинного понимания душевной жизни невротика. Опыт индивида не должен сводиться к научным понятийным конструкциям, а должен интерпретироваться в его собственных терминах. Субъекту, в том числе и душевнобольному, дано то, что ориентирует его в мире, «возможности», которые им реализуются, определенная настроенность. Поэтому, сколь бы странным ни казался мир того или иного человека, он всегда должен быть понят как осмысленный через осознание потребностей, чувств, забот, эмоций этого человека. В нем всегда присутствуют внутренние пространство и время, специфическая окраска, настроенность на других людей. Вопреки представлениям, свойственным ортодоксальной психиатрии и психоанализу, не существует «нормальной», одинаковой для всех реальности. Мир безумца — осмысленный мир, даже если это не наш смысл. Это «его собственный мир», который психотерапевт должен понять.[125]

Бинсвангер считал, что философское обоснование антропологического подхода к человеку было заложено в «Бытии и времени» М. Хайдеггера.[126] Бинсвангер писал, что многие его пациенты перестают воспринимать окружающий мир и собственное существование в становлении, не видят их «воз-

---

[124] Важно отметить, что во многом такая критика была связана с тем, что Л. Бинсвангер, в отличие от большинства психоаналитиков, в своей лечебной практике имел дело с пациентами, у которых наблюдались ярко выраженные психотические расстройства, что требовало теоретического решения ряда вопросов, на которые в тот момент традиционный психоанализ был не в силах дать ответ.

[125] Поэтому Л. Бинсвангер отвергает и традиционную психоаналитическую технику интерпретации сновидений. С его позиции, интерпретироваться должно именно «явное» содержание сновидения, за которым не скрывается некое вытесненное в бессознательное содержание. Сны вовсе не обязательно являются выражением исполнения желаний, в них имеется столько же типов активности, как и в бодрствовании.

[126] Отметим, что сам М. Хайдеггер возражал против прямого перенесения его онтологических «экзистенциалов» в антропологию.

можностного» характера и конструируют своего рода статичные, законченные «картины мира» (впадают в состояние «неподлинности»). «Неподлинность» становится определяющей характеристикой душевного расстройства, а психическая болезнь рассматривается как высшая степень неподлинности, так как она максимально затрудняет свободный выбор. С ее возникновением нарушается целостность существования, модус «заброшенности» доминирует над всеми остальными. Человек начинает жить в мире навязчивых действий, в котором какие-то внешние, чуждые, страшные силы владеют его сознанием. На основе подобной онтологии, считал Бинсвангер, становится понятной глубинная сущность психопатологии.

В статье «Экзистенциальная аналитика Хайдеггера и ее значение для психиатрии» Бинсвангер утверждает, что психиатрия должна учиться рассматривать человека и его существование по-новому, в их целостности. Для обозначения функционального единства всех модусов он предлагает древнегреческий термин *koinonia* — соучастие, союз, общность. Когда речь идет о неврозах и психозах, считает Бинсвангер, «мы сталкиваемся с модификациями фундаментальных, или сущностных, структур и структурных связей бытия-в-мире как трансценденции» (цит. по: Экзистенциальная психология, с. 311). Эти модификации имеют различный характер. Так, при психозах обнаруживаются две формы «бытия-в-мире»:

1) неупорядоченный «полет идей», «прыжки», «завихрения», существование как бы поверхностно, с переходами от эйфории к депрессии (маниакально-депрессивный психоз);

2) экзистенция как бы усыхает, сжимается, а одновременно с ограничением поля возможного опыта происходит ее приземление, «обмирщение».

В **трансцендировании** человек выходит за свои пределы. Его сознание в этом смысле всегда есть «сознание о чем-то», и самим актом трансцендирования оно конституирует мир и самое себя. Отклонение от нормы означает создание новой «нормы». Маниакальная «норма», например, является общей для всех «миров», конституируемых маниакальным сознанием, и в этом смысле больной психозом живет в своем собственном мире.

Таким образом, заключает Бинсвангер, все невротические фиксации и идентификации происходят из-за того, что «бытие-в-мире» данного пациента обладает особой «конфигурацией», формирующейся еще в детстве. Поскольку экзистенция ограниченна, какой-то один модус существования становится доминантным и сужает горизонт мировосприятия. В результате либо происходит сведение всех модусов к одному-единственному, либо возникает резкое противоречие между различными сторонами человеческого существования. *Koinonia* распадается.

Бинсвангер приводит ряд форм такого разрушения целостности личности (истории болезни «Ильзе», «Лолы Фосс», «Юрга Цюнда» и др.). И всякий раз он видит задачу экзистенциального психотерапевта не в том, чтобы «локализировать какой-то единичный психический симптом в мозге», а в первую

очередь в том, чтобы «спросить, где и как локализировать фундаментальное психическое расстройство, которое узнается в изменении бытия-в-мире» (цит. по: Экзистенциальная психология, с. 332). В связи с этим основной фокус исследования в дазайн-анализе сосредоточивается на триаде того, что человек «знает — чувствует — желает».

Одновременно с разрушением модусов существования происходит и отрыв духовного измерения человеческой экзистенции от телесного. Идеальное существование, идеализированный мир противопоставляется низменному миру, в который «заброшен» индивид.

На примере самого известного клинического случая «Эллен Вест»[127] — женщины, отчаянно желавшей быть тонким, «эфирным» существом, борющимся за освобождение человечества, Бинсвангер показывает, как совершается полное отрицание социального мира и даже собственной физической конституции, которые пациентка не желает считать своими. Им противопоставляется совершенно недостижимый идеал, а каждая неудачная попытка достичь идеального состояния только усиливает отрицание. Отказ от принятия своего «заброшенного» в определенный телесный и социальный мир существования, постановка неосуществимых целей приводят «Эллен Вест» к неврозу, переходящему в психоз, а затем к самоубийству.

Основной сюжет этих историй болезни — отчаянное стремление человека к недостижимому идеалу, по отношению к которому он чувствует себя ничтожным. Мир такого человека переполнен самообвинениями, он презирает самого себя и ощущает себя презираемым другими. Бинсвангер описывает динамику формирования идеалов такого рода как попытку индивида быть иным, чем он есть, оставаясь одновременно самим собой. Роль идеалов, по его словам, заключается в создании укрытия от экзистенциальной тревоги. Исходя из этого, стремление «не быть собой» у пациентов проявляется в отвержении тех условий собственного существования, которые заданы наследственностью, семейной средой, социальным положением. Эти условия переживались ими как нечто угрожающее их независимости, как ограничения их личности. «Быть собой», напротив, значило для них соответствовать выбранному ими самими идеалу.

Трагедией для каждого из них было то, что в существующих условиях представлявшийся им абсолютный идеал был недостижим. Но конфликт обострялся еще и вследствие того, объяснял Бинсвангер, что пациенты идентифицировали себя с полной противоположностью идеала, считали себя воплощенным его отрицанием. В результате возникали навязчивые желания, мешающие любым попыткам достигнуть идеального состояния.

---

[127] Само описание случая достаточно объемно и сложно, чтобы его можно было привести в сокращенном виде. Полностью на русском языке он описан в книге «Экзистенциальная психология. Экзистенция» (М., 2001, с. 361-512). Кроме того, см.: «Три взгляда на случай Эллен Вест: Л. Бинсвангер, Р. Мэй, К. Роджерс // Московский психотерапевтический журнал. — 1993. — № 3. — Со стр. 12 (в связи с типографским браком журнала определить точную нумерацию страниц невозможно)»

Большая часть симптомов интерпретируется Бинсвангером как результат вращения пациентов в этом замкнутом кругу: стремление достичь созданного собственным воображением абсолюта терпит крах, что еще больше усиливает чувство собственной ничтожности и желание выйти из этого положения — и так раз за разом. В результате безуспешности всех этих порывов они вообще отказываются сами определять свою жизнь и полностью передают себя во власть других. Испытывая угрозу собственному «Я» со стороны других и не видя, что причиной этого являются они сами, такого рода пациенты в конце концов сдаются, теряют собственное «Я» и «бегут в психоз».

В качестве клинической иллюстрации приведем другой случай, описанный Бинсвангером в работе «Психическая болезнь как феномен жизне-истории и как психическое расстройство: Случай Ильзы» (Экзистенциальная психология, с. 333-360). Ильза, 39-летняя мать троих детей, оказалась пациенткой Бинсвангера в связи с бредовыми идеями отношений. Психологической основой этих идей служили безуспешные попытки изменить деспотичность, черствость и грубость отца по отношению к матери. Видимой причиной для этого послужил эпизод, когда через 4 месяца после посещения спектакля «Гамлет» Ильзе «захотелось показать отцу, на что способна любовь» и она «в присутствии отца сунула правую руку до предплечья в горящую печь, а затем протянула к нему руки со словами: "Смотри, я сделала это, чтобы показать тебе, как сильно я тебя люблю!"» (с. 334). Бинсвангер анализирует этот поступок с нескольких точек зрения. На поверхностном уровне это было сделано для блага матери. На более глубоком — это акт очищения и искупления за инцестуозную любовь к отцу: Ильза попыталась «растопить лед» отцовского сердца в огне своей любви к нему, которая должна была закончится союзом между приносящей жертву и тем, ради кого она приносится. Кроме того, она стремилась выжечь из себя «внутренний огонь», который пожирает ее. Неудача привела к тому, что Ильза размножила тему отца на всех мужчин, которые стали одновременно и привлекать и отталкивать ее, вызывать чувство вины и ненависти, в связи с чем возникли бредовые идеи любви, преследования и т. п. Предостерегая от того, чтобы видеть в этой истории, «как это принято в психоанализе, просто историю либидо, его фиксацию на отце, его вынужденное отделение от отца и его постоянный перенос в окружающий мир» (с. 346), Бинсвангер пишет: «Хотя существование само по себе не устанавливает свое основание, а получает его извне как свое бытие и наследие, ему все же дается свобода в формировании отношения к основанию, "почве". Иметь отца и мать — это часть бытия человека, точно так же как иметь организм и историю. Поэтому, когда родители "утрачены", существование может подвергнутся самому серьезному кризису. Но Ильза осознала, что этот отец и эта мать — ее судьба, полученная в наследство и как задача; проблема ее существования была в том, как разрешить эту задачу при этой судьбе. Поэтому в ее "комплексе отца" действуют судьба и свобода» (с. 346).

В дазайн-анализе рассматривается несколько **способов существования (модусов).** При **одномерном способе существования (сингулярный модус)**

человек живет только для себя. **Дуалистический способ существования (дуальный модус)** может быть достигнут двумя людьми, любящими друг друга. **Плюралистический способ существования (множественный модус)** означает формальные отношения *с* людьми, конкуренцию и борьбу. **Анонимный способ существования (анонимный модус)** описывает человека, затерявшегося в толпе.

Человеческое существование в «заботе» Бинсвангер обозначает трудно переводимым оборотом *«das Nehmen-bei-Etwas»*, что примерно можно передать как «принятие-за-нечто». Такое существование подразумевает постоянное овеществление всего того, с чем человек имеет дело. Все здесь сводится к инструментальной полезности, все служит целям контроля и эксплуатации, предстает в количественном виде. «Некто полностью исчезает за суммой каких-то нечто, за которые он принимается; он полностью объективирован, т. е. сконструирован, как калькулируемая механико-динамическая система, из зажимов и рукояток. Субъективный полюс, "кто", забыт или самообъективировался. Мы не видим того, что это мы сами, улавливая другого, сделали его орудием» (цит. по: Руткевич, с. 92).[128]

Бинсвангер обращается к **«экзистенциальной коммуникации»** как к модусу экзистенции, который противостоит «заботе». В нем, согласно его интерпретации, преодолеваются конечность и частность человека, беспрестанное блуждание от одной цели к другой. Это состояние, в котором исчезают время и движение. В нем человек соотносится не с каким-либо отдельным аспектом реальности, а с тотальностью бытия. Данный модус Бинсвангер называет **«бытие-друг-с-другом»**, любовным отнесением «Я» и «Ты» в «Мы». Он употребляет здесь субстантивированное «Мы» *(die Wirheit)*, обозначающее существование до разделения на «Я» и «Ты», в котором иначе структурированы пространство и время.

Например, в пространстве «заботы» человек соотносится со всем как с совокупностью сил и препятствий, приобретений и потерь, власти и подчинения. Противостояние друг другу, неизбежное в «заботе», отсутствует в «любовном бытии-друг-с-другом». «Любовь и власть или насилие взаимно исключают друг друга». Если в «заботе» экзистенция забегает в будущее и является в конечном счете «бытием-к-смерти», то в любви временность растворяется в вечности. «Любовь должна интерпретироваться не из конечности экзистенции, а из бесконечности» (цит. по: Руткевич, с. 94).[129]

В то же время Бинсвангер считал, что индивидуализм ведет к внутренней пустоте, к «ничто», что становится причиной ряда психических заболеваний. Подлинное бытие предполагает, с его точки зрения, что человек стремится не к отрицанию мира, а к соотнесению своего частного существования с «осно-

---

[128] Несмотря на манипулятивность такого подхода, он имеет свое антропологическое значение. Без определенности социальных ролей, детерминированности внешними силами были бы невозможны упорядоченные формы социальной жизни. В таком случае мы не могли бы не только рационально понимать, но и просто четко воспринимать другого человека.

[129] А. М. Руткевич пишет, что такое понимание любви близко к религиозной этике С. Кьеркегора.

ванием Бытия». В работе 1949 г. «Генрик Ибсен и проблема самореализации в искусстве» он описывает норму душевного здоровья через пример художника, который способен изменяться, расти вместе с жизненным опытом, переживать крах одного своего проекта, чтобы перейти к другому. Это и есть, по Бинсвангеру, непрерывность становления, саморазвертывания, самореализации. Остановка на этом пути может привести к «окостенению» и абсолютизации какого-то «ставшего», достигнутого состояния.

Таким образом, цель психотерапии методом **дазайн-анализа** состоит в том, чтобы содействовать индивиду в познании[130] своих возможностей, что необходимо для решения задач, с которыми он столкнулся. Критерием эффективности такой психотерапевтической работы выступает восстановление способности к саморазвитию.

Теоретические разработки Бинсвангера нашли свое конкретное воплощение в работах М. Босса, Р. Куна и Р. Страуса. Далее мы рассмотрим лишь наиболее известную психотерапевтическую систему **Медарда Босса.**

Медард Босс родился в 1903 г. в городе Санкт-Галлене в Швейцарии. В двухлетнем возрасте вместе с родителями он переехал в Цюрих, где с тех пор и жил. После неудачной попытки стать художником Босс обратился к медицине. Отучившись в Париже и Вене (где он прошел курс психоанализа у З. Фрейда), в 1928 г. Босс получил медицинскую степень в Цюрихском университете. Подобно Бинсвангеру, свою деятельность он начал как психиатр в известной швейцарской клинике Бургхёльци, возглавлявшейся Э. Блейлером. После двухлетней стажировки в Берлине и Лондоне у ведущих психоаналитиков того времени (Э. Джонса, К. Хорни, О. Фенихеля, Г. Сакса и В. Райха) он становится практикующим психоаналитиком. Оставаясь членом психоаналитического общества, с 1938 г. Босс вместе с несколькими другими психиатрами начинает участвовать в ежемесячных встречах в доме К. Г. Юнга, однако их сотрудничество длится недолго. Несмотря на наличие общего интереса к «духу», религии, мифологии, философским учениям древности, Босса не устраивало некритическое постулирование архетипов коллективного бессознательного. В этом случае, как и в ортодоксальном фрейдизме, считал он, происходит не чистое описание психических явлений, а их объяснение с помощью гипотетических, не данных в опыте сил.

Босса привлекает путь, проложенный феноменологической психологией, и он становится сторонником «экзистенциального анализа» Бинсвангера. Но постепенно Босс приходит к выводу, что его взгляды по ряду пунктов отличаются от концепции Бинсвангера и других представителей экзистенциальной психотерапии, которые, по его мнению, совершенно неверно истолковывали «Бытие и время».

[130] Р. Мэй, говоря о познании в рамках экзистенциальной психотерапии, замечает, что в древнегреческом и древнееврейском языках глагол «познать» также означает «иметь сексуальную связь» (например, в этом смысле он употребляется в Ветхом Завете). Исходя из этого, он делает вывод об этимологической близости познания и любви. «Знать другого человека, так же как и любить его, подразумевает союз, диалектическое участие в другом... Чтобы суметь понять другого, человек по крайней мере должен быть готов любить его» (цит. по: Экзистенциальная психология, с. 143).

После окончания Второй мировой войны Босс близко знакомится с Хайдеггером (к этому времени уже отошедшим от некоторых положений своего первого трактата). По его просьбе Хайдеггер на несколько лет приезжает в Швейцарию, чтобы знакомить со своей философией психоаналитиков и психиатров. Учитывая, что Хайдеггер чрезвычайно неохотно покидал Тодтнауберг, можно считать, что слова Босса о том, что именно он являет выразителем хайдеггеровских идей в психотерапии, имеют основание.

Большое влияние на мировоззрение Босса оказало путешествие в Индию, которое он предпринял в 1956-1958 гг. и описал в книге «Психиатр открывает Индию».

С 1954 г. Медард Босс был профессором психотерапии в Цюрихском университете. Он опубликовал большое количество работ по широкому кругу вопросов — от истолкования сновидений и симптоматики сексуальных извращений до философского переосмысления медицинской теории и практики в целом. Его воззрения оказали значительное влияние как на развитие швейцарской психотерапии, так и на многочисленных психоаналитиков в США.

Босс полагал, что нет никакого смысла говорить о существовании чего бы то ни было, если нет того, кто «высвечивает» это сущее, т. е. без человеческого восприятия нет и любого предмета. «Вот почему мы никогда не можем знать, что было, когда еще не появился человек. Мы не можем даже решить, правильно или нет утверждать, что Альпы пребывали здесь до того, как появились первые человеческие существа. Строго говоря, мы никогда не можем сказать, что было до человека» (цит. по: Руткевич, с. 147). Человек и мир друг без друга не существуют, они конституируют друг друга, будучи, собственно говоря, единым «бытием-в-мире». Согласно Боссу, в «открытости» человека бытие получает возможность проявить себя, но сама эта *«открытость»* возможна лишь благодаря тому, что бытие открывается человеку.

Необходимо отметить, что единство человека и мира понимается как их мистическое слияние. Человек более не «конституирует» сущее, а служит получателем «послания» бытия, да и сам он «послан» в мир, чтобы бытие могло «открыть» себя. Соответственно человеку нужно освободиться от всех предзаданных интерпретаций и «вслушаться» в «язык бытия», позволяя тем самым «говорить» самому бытию.[131]

Цель «экзистенциального анализа» Босс видит в излечении от неврозов и психозов посредством преодоления всех предвзятых понятий и «субъективистских» интерпретаций, заслонивших бытие от человека. По его словам, необходимо постигнуть «непосредственно данные объекты и феномены человеческого мира», т. е. феноменологически описать изначальный уровень соотнесенности человека с миром, отбросив объяснительные конструкции, искажающие непосредственную данность феномена. Отметим, что к таким кон-

[131] Но в отличие от Хайдеггера, способного, как философ, рассуждать не о конкретном человеке, а о «здесь-бытии», о бытии, совершенно отличном от мира сущего, Босс, будучи психиатром, вынужденным иметь дело с конкретными людьми, говорит именно о человеке, о его отношениях с окружающим миром и другими людьми.

струкциям Босс относит, в частности, психоаналитический понятийный аппарат. Согласно его точке зрения, речь должна идти не о бессознательных влечениях, а о «сокрытом» для личности, лежащем за горизонтом ее суженного способа видения. Результатом такой *«сокрытости»* могут быть психосоматические симптомы, поскольку неосознаваемые и невербализируемые отношения с миром выражаются на «телесном языке».[132]

Фундаментальным принципом, лежащим в основе психотерапии, должна быть полная «открытость» пациента. Босс предписывает своим пациентам то отношение к миру, которое Хайдеггер, вслед за средневековыми мистиками, обозначал понятием *Gelassenheit* (состояние человека, «позволяющее быть как есть» всему проявляющемуся). Таким образом, невротики и психотики страдают от отсутствия спонтанности, жесткой заданности реагирования, ограниченности видения мира. Поэтому главным условием успешного лечения служит «позволение быть как есть» всему, что проявляется в жизни.

Особое значение Босс придает тому, что он называет «позволением пациенту вновь стать ребенком», чтобы затем, шаг за шагом, пройти путь к зрелости. Некоторые его пациенты начинали буквально с «нуля», с соски, кукол и т. п. Босс считает, что, позволив пациенту вернуться в раннее детство, психотерапевт высвобождает потенции, которые в свое время были задавлены жесткими семейными и социальными ограничениями. Поскольку многие его пациенты в детстве были лишены любви, доверия, безусловной уверенности в своей значимости для окружающих, то достижение этого базисного уровня в отношениях между психотерапевтом и пациентом представляет собой первый шаг психотерапии. В душе каждого невротика продолжает жить маленький ребенок, которому не давали проявить себя во всей спонтанности чувств.

По Боссу, психотерапевт должен заменить родительский авторитет, помочь пациенту освободиться от прежних абсолютизированных ограничительных норм. Те новые ценности, которые должен обрести пациент, определяются обязательством, принятым пациентом по отношению к бытию. «Понять человека как служителя и хранителя истины... значит освободить его от эгоцентрического самовосхваления, автономии и автаркии субъективистских мировоззрений. Точка зрения аналитика *Dasein* возвращает человеку его достоинство: он является посланником того, что лежит в основании всего сущего; посланником, который послан в свою жизненную историю с возложенной на него задачей дать истине... проявиться настолько, насколько это возможно в данном времени и месте» (цит. по: Руткевич, с. 152). Психотерапевт показывает пациенту, что все его нормы, ценности абсолютно субъективны, зависят от других людей и внешних условий. В результате пациент избавляется от своего «самодовольного убеждения в том, что он или псевдоморалистские традиции его окружения имеют право определять, кто он, — и вещи сами раскроются для него» (цит. по: Руткевич, с. 153). Таким образом, психотера-

---

[132] Правда, психоаналитическую технику Босс в целом сохраняет и даже считает, что философия Хайдеггера является лучшим основанием для психоаналитической практики, чем фрейдовская «метапсихология».

певт выступает лишь как представитель бытия, он не навязывает пациенту свои ценности взамен старых, но является абсолютным авторитетом, перед которым пациент осознает свои обязательства.

Наряду с психоанализом Босс подвергает критике и гуманистические течения в психотерапии, считая их излишне антропоцентричными, рассматривающими человека в отрыве от бытия и мира. Гуманистические психотерапевты, по его мнению, слишком часто говорят о раскрытии и реализации индивидуальных потенций человека, совершенно не обращая внимания на социальные отношения и, как следствие, сводя процесс психотерапии к обучению людей контактировать друг с другом.

Между тем у человека, согласно Боссу, нет внешнего и внутреннего. «Бытие-в-мире» — это целостный феномен. Поэтому никаких собственных потенций и задатков у человека нет, все в бытии и от бытия. Не нужно учить пациента вступать в контакт с окружающими — человек изначально находится в «открытости», «со-бытии» с другими. Сами усилия при вступлении в коммуникацию свидетельствуют о том, что эта «открытость» блокирована. Волевые усилия, обучение технике коммуникации, групповая психотерапия и т. п. могут только ухудшить положение пациента. Нужно не обучать коммуникации, а снять барьеры, блокирующие изначальную «открытость». Сделать это можно только на пути «позволения быть как есть».

Психоанализ и «гуманистические» формы психотерапии неприемлемы для Босса еще и потому, что заглушают то, что он, вслед за Хайдеггером, называет «голосом совести», «зовом». Возникновение «экзистенциальной виновности» у человека связано с тем, что он «вовлекает свою экзистенцию лишь в одно из мириад своих возможных отношений... не следует своему мандату осуществлять собственные возможности» (цит. по: Руткевич, с. 149). Босс пишет: «...Человек *изначально* виновен. Его изначальная вина берет начало с рождения. Именно тогда он начинает быть в долгу перед своим *Dasein*, насколько это касается его способностей и возможностей жизни. В этом смысле человек остается виновным всю свою жизнь — т. е. должным в отношении всех требований, уготовленных будущей его жизнью, до последнего дыхания... каждое действие, каждый выбор означают отвержение других возможностей, также принадлежащих человеческому существованию в данный момент... Экзистенциальная вина человека состоит в невозможности выполнить наказ реализовать все свои возможности» (цит. по: Холл, Линдсей, с. 273). Исходя из этого, Босс приходит к достаточно спорному (и, добавим, рискованному с клинической точки зрения) выводу о том, что невротик и психотик должны непрерывно переживать собственную виновность.

Босс отвергает и любые учения о символизме бессознательного.[133] Вместо этого он предлагает теорию, согласно которой в сновидениях нет никакой символики, ибо в них непосредственно выражается целостное «бытие-в-мире», даже если сам индивид об этом не догадывается. Например, появление образов животных в сновидениях свидетельствует о наличии у человека «животных» импульсов; образ змеи выражает наличие страха или другой непосредственной эмоциональной реакции по отношению к змеям.

Это положение Босс иллюстрирует драматической серией из 823 отчетов пациента о своих сновидениях за трехлетний период экзистенциальной психотерапии. Пациент, инженер 40 лет, страдающий от депрессии и импотенции, в течение первого полугода психотерапии видел сны исключительно с неодушевленными объектами. В начале второго полугодия, когда стало исчезать депрессивное чувство бессмысленности жизни, ему стали сниться растения, деревья и цветы. Четыре месяца спустя в его снах начали появляться насекомые, обычно опасные и вредные, затем жабы, лягушки, змеи. Из млекопитающих первой приснилась мышь, затем кролик и кабан. Затем стали спиться львы и лошади, появление которых ознаменовало возвращение потенции. И только через два года после начала психотерапии ему приснилась потерявшая сознание женщина. Еще через шесть месяцев он уже танцевал во сне с этой женщиной, оказавшейся очень страстной, с которой чуть позже у него возникла любовь.

Одновременно с этим Босс отрицает и существование неосознаваемых мотивов, смыслов, желаний. Потенциально, утверждает он, все они доступны, но могут не осознаваться из-за узости «горизонта понимания». В таком случае возникает навязчивая связь с объектами. Она не осознается и не вербализируется, но, пребывая неосознанной, определяет поступки индивида.

В качестве иллюстрации можно привести анализ детали сновидения одной относительно психически здоровой молодой женщины. Ей снится, что она вместе с мужем и детьми сидит за столом. Ей очень хочется есть, и она жадно пожирает поставленную на столе пищу. Босс отвергает интерпретацию, построенную на исполнении желания в сновидении, учитывая, что, ложась спать, женщина испытывала чувство голода. «Наша сновидица обеспечена пищей с самого начала своего сновидения и ей нет нужды желать ее — только лишь есть... И активная еда в сновидении, и желание нищи в предшествующей бодрствующей жизни вытекают из одного источника: это лишь две формы активности существования, созвучные голоду» (цит. по: Холл, Линдсей, с. 282).

Показательна интерпретация эксперимента, осуществленного с пятью женщинами, каждую из которых по очереди загипнотизировали и внушили,

[133] В своем раннем исследовании сновидений, когда он еще не был экзистенциалистом, Босс показал, что сновидения пациентов-шизофреников становятся более открытыми (менее замаскированными и символичными) по мере ухудшения состояния и более символическими по мере улучшения. Например, больная шизофренией на ранней стадии заболевания видела сон о неуклюжей корове, а потом, при ухудшении, ей уже снилось, что она толкает мать в кучу навоза.

что она увидит сон о хорошо знакомом ей мужчине, который ее любит и, обнаженный, приближается к ней с сексуальными намерениями. У трех женщин со здоровым отношением к сексу были приятные, откровенно эротические видения. Одна из оставшихся, которая была «старой девой», панически боящейся секса, видела сон, в котором на нее нападал вульгарный мужчина, одетый в униформу и вооруженный пистолетом. Однако Босс не считал ни пистолет, ни униформу символами неосознаваемых желаний. С его точки зрения, униформа выражает зауженный, скрытый, тревожный способ существования сновидицы. Пистолет — не замаскированный фаллос, а выражение чувств угрозы и опасности. «Феномены сна, таким образом, всего лишь то, чем они являются; они всегда раскрытие, девуалирование и никогда — сокрытие и вуалирование психического содержания».

Продолжая традицию Хайдеггера, Босс выделяет несколько экзистенциалов.

Экзистенциал **пространственности бытия** связан со скрытностью и ясностью мира. Так, старый друг, находящийся за многие тысячи километров от нас, может быть для нас более близким, чем сосед по лестничной площадке, так как он более открыт и ясен.

Экзистенциал **темпоральности бытия** определяется тем временем, которого достаточно (или недостаточно) для того, чтобы сделать нечто. Это «время для», противопоставляемое физическому времени. Оно может расширяться и сокращаться в зависимости от того, как мы внутренне датируем его (например, говоря «у меня еще вся жизнь впереди» или «как убить время?»).

Экзистенциал **настроения (настроенности)** объясняет то, почему наша открытость миру расширяется или сужается, время от времени высвечивая разные феномены. Босс считает, что то, что осознает человек, то, на что он реагирует, зависит от его настроения в данный момент. Если человек радостен, его *Dasein* созвучен миру радостных взаимоотношений. Если человек подавлен или встревожен — он резонирует миру угроз и опасностей.

Наиболее важным «экзистенциалом» для Босса является **телесность**. Человеческое тело, как он отмечает, служит главным объектом современной медицины, которая понимает его как «манипулируемый материальный предмет», находящийся в определенном, «заключенном иод кожу», пространстве. Но тем самым, считает Босс, утрачивается все, что является специфически человеческим. «Никто еще не был способен показать, как две столь фундаментально различные вещи — метафизическая жизненная сила и бездушная химическая субстанция — могут соединиться друг с другом, чтобы образовать такое единство, как человеческая телесность» (цит. по: Руткевич, с. 155).

Телесность человека не имеет ничего общего с предметами внешнего мира и телами животных. У человеческой телесности нет внешних границ, ее существование в пространстве и времени радикально иное. Телесность распространяется на все воспринимаемое человеком, все феномены его «бытия-в-мире» связаны с его телесностью; границы его тела совпадают с границами

его мира (так, например, звезда, которую индивид рассматривает в телескоп, является в данный момент границей его телесности). В отличие от фиксированного физического тела человек находится в непрерывном изменении и любое его движение, настроенность органов чувств выносит его за собственные пределы. Вспоминая свое пребывание в городе, расположенном за несколько тысяч километров, он находится там, а не в собственной квартире, где пребывает телесно. Телесность, по определению Босса, есть «открытость, равная по широте миру» (цит. по: Руткевич, с. 156).

Из этого положения о телесности Босс делает достаточно оригинальный вывод — для человека патологично иметь физическое тело, подобное телу животного. Телесность есть не что иное, как проявление экзистенции. Первична экзистенция, вторична ее сущностная характеристика — телесность. Материальное же тело патологично.

Экзистенция со всеми ее «экзистенциалами» обитает не в материальном мире, а в мире смыслов. Поэтому она не детерминируется извне какими-либо причинами, но определяет сама себя в акте выбора. В связи с этим Босс открыто заявляет, что в противоположность большинству естествоиспытателей нашего времени он является сторонником учения о свободе воли, которая представляет собой непосредственно данный феномен и не нуждается в каких бы то ни было доказательствах. Говоря об «общей экзистенциальной патологии», Босс пытался показать, что у заболеваний нет причин, имеются только мотивы. В человеческом мире вообще нет причин, прошлое не детерминирует, а мотивирует настоящее.

Большой вклад в развитие экзистенциальной психотерапии внесла группа так называемых **«гуманистических психоаналитиков» (неофрейдистов)**, никогда не рассматривавших себя как представителей одного направления, но тем не менее очень близких друг другу в своих идеях. Их работы охватывали широкий спектр проблем, но у каждого в этот спектр входили те или иные аспекты экзистенциальной психотерапии. Например, О. Ранк подчеркивал значение воли и тревоги, связанной со смертью; К. Хорни — критическое влияние на поведение представлений о будущем; Э. Фромм прояснил роль в поведении страха свободы; Г. Кайзер писал об ответственности и изоляции.

Крайнее выражение идеи экзистенциальной психотерапии приобрели в движении, которое было названо **«антипсихиатрией»**. Антипсихиатрия возникла в начале 1960-х гг. в Великобритании и получила широкое распространение в Европе (особенно в романских странах, в первую очередь в Италии). Оно объединило в себе несколько тысяч психиатров, медсестер, служащих, юристов, гуманитариев и бывших пациентов психиатрических клиник, которые ставили перед собой цель ликвидировать ряд медицинских институтов, в особенности психиатрические клиники, являющиеся порождением репрессивного аппарата капиталистического общества. Возглавил это движение британский психиатр Рональд Лэнг.

Рональд Лэнг родился в 1927 г. в Глазго. После окончания университета работал армейским психиатром, затем в клинике Глазго, одновременно читая

курс лекций по психиатрии в местном университете. В 1957 г. он получил престижный пост в знаменитой Тевистокской клинике и одновременно выпустил свою первую книгу — «Расколотое Я», в которой сформулировал программу перестройки психиатрической системы в экзистенциальном контексте. В 1965 г. Лэнг организовал терапевтическую коммуну Кингсли Холл — экспериментальную модель будущих антипсихиатрических коммун.

Известность и высокий авторитет Лэнга в профессиональном сообществе были связаны с его умением описывать «внутренний мир» пациентов и с теми успехами, которых он добивался при лечении психотиков.

В своих разработках Лэнг использовал не только научные данные, но и материалы художественной литературы и философии. По словам одного из исследователей его творчества, П. Сиджуика, «Лэнг оказался способен найти полезные сведения относительно психотиков... не только у клиницистов европейской феноменологической школы (Бинсвангер, Минковский, Босс), но также у философов и писателей (Сартр, Беккет, Тиллих, Хайдеггер и даже Гегель), предметом которых была не сфера патологии, но которые рассматривали фундаментальные ситуации человеческого существования... Одна из самых сложных философий была направлена на одно из самых непонятных умственных состояний... Важная форма психоза была прояснена как ментальная система, обладающая... логической связностью... как завершение рациональной стратегии, принятой пациентом перед лицом двусмысленного и угрожающего окружения» (цит. по: Руткевич, с. 124). Работы Лэнга имели большой успех не только у психотерапевтов и психологов, но и у философов, социологов, теологов и писателей. Умер Лэнг в 1994 г.

Лэнг считал, что экзистенциальная феноменология должна не только дать описание внутреннего опыта личности, но и установить место этого опыта в контексте целостного «бытия-в-мире». Психическое заболевание, прежде всего психотическое, постижимо только в экзистенциальном контексте, который делает понятным переход от здорового способа «бытия-в-мире» к психотическому «бытию-в-мире». При этом понятия клинической психиатрии и психопатологии Лэнг считал совершенно неприемлемыми для понимания этого перехода, так как они разбивают целостность человеческого существования на дихотомии физического и психического, души и тела и т. д. Так, естественно-научные данные раскрывают закономерности функционирования человека как биологического организма, но они не дают понимания его жизни как личности. Поэтому современные психология и психиатрия во всех своих формах дают искаженное представление о внутреннем мире пациента. И соответственно, единственной возможной формой постижения личностного в человеке является экзистенциальная феноменология, которая «артикулирует то, чем является мир другого и каков способ его бытия в нем».

Единственным путем постижения мира психотика Лэнг считает погружение в «его мир». Важно отметить, что при этом «безумие» понимается как характеристика межличностных отношений, возникающая в зависимости от понятности или непонятности суждений и действий другого. Исходя из это-

го, здоровье определяется своеобразным «общественным договором». Человек расценивается как «сумасшедший» в том случае, если он радикально расходится с обществом в интерпретации тех или иных мотивов, чувств, мыслей и действий. «Психически больной — это имя, которое мы даем другой личности при разобщенных взаимоотношениях определенного рода. Только из-за этого межличностного разобщения мы начинаем брать на анализ его мочу и искать аномалии в графиках электрической активности его мозга» (Лэнг, с. 30).

Так же как и его предшественники, Лэнг опирался в своей концепции на хайдеггеровскую онтологию, но ввел ряд новых положений. Так, главным условием **«онтологической безопасности»** он считает способность быть автономной индивидуальностью, которая наделяет человека одновременно «самоидентичностью» и способностью вступать в общение с другими. **«Онтологически небезопасная личность»** постоянно озабочена сохранением самой себя, «обычные условия жизни угрожают ее *нижнему порогу* безопасности» (Лэнг, с. 37). «Онтологическая небезопасность» ощущается как непрерывное наличие угрозы собственному существованию в качестве *личности,* как тревога.

Лэнг выделяет три формы тревоги, которые, с его точки зрения, чаще всего встречаются при психотических расстройствах: «поглощение», «прорыв», «окаменение» (деперсонализация). Неуверенность в собственной идентичности вызывает **страх быть поглощенным другими в общении.** В результате личность стремится к изоляции, разрываясь между полюсами полного растворения и полной изоляции.

Поскольку «онтологически небезопасная личность» чувствует себя совершенно опустошенной, она боится заполнения этого вакуума, боится, что с этим заполнением может полностью потерять себя. Каждый контакт с реальностью воспринимается ею как нечто ужасное, как угроза «прорыва» неведомых сил. Этот страх переносится и на межличностные отношения: «Риск состоит в следующем: если человек переживает другого как обладающего свободной волей, он беззащитен перед возможностью переживать самого себя как объект его переживания, и тем самым ощущение собственной субъективности исчезает. Человека пугает возможность стать не более чем вещью в мире другого, не обладающей собственной жизнью, собственным бытием» (Лэнг, с. 43).

Чтобы этого избежать, психотическая личность превентивно деперсонализирует других. В результате она попадает в замкнутый круг. Чем больше человек превращает других в объекты, тем меньшей становится его собственная «онтологическая безопасность». Ее отсутствие проявляется прежде всего в феномене отрыва сознания от тела, отождествлении собственного «Я» с сознанием, что Лэнг интерпретирует как попытку справиться с «базисной небезопасностью». В таком случае индивид ощущает собственное тело как один из объектов в мире, а не как средоточие своей индивидуальности. Тело становится для него носителем **«ложного Я»,** от которого полностью отры-

вается «внутреннее», или **«истинное Я».** Оно не принимает прямого участия в действиях тела, создает с помощью воображения далекие от реальности образы, развивает сложную систему отношений с собственным телом, пытается «создать взаимоотношения с личностями и вещами внутри индивидуума вообще, без обращения за помощью к внешнему миру личности и вещей. Индивид конструирует внутри себя микрокосм» (Лэнг, с. 71).

Шизоидная личность создает целую систему «ложных Я», заменяющих при взаимодействии с другими людьми скрытое от всех и невоплощенное «внутреннее Я». В результате этого, с одной стороны, она чувствует себя всемогущей в своей отстраненности от реального мира: «Воображаемыми выгодами являются безопасность истинного "я", а следовательно, свобода от других, самодостаточность и контроль» (Лэнг, с. 71). Но, с другой стороны, неизбежным следствием изоляции оказывается чувство пустоты: закрывшееся «Я» не может обогащаться из внешнего опыта, поэтому его внутренний мир все более обедняется. Обратной стороной воображаемого всемогущества оказываются чувства бессилия и пустоты.

Лэнг предполагал, что ненадежное структурирование психики возникает в раннем детстве и причины его установить невозможно. В дальнейшем индивид предпринимает попытки защиты, которые оказываются несостоятельными. «Трагический парадокс заключается в том, что, чем сильнее "я" защищается таким образом, тем сильнее оно разрушается. Явное конечное разрушение и исчезновение таких "я" при шизофрении завершается не посредством внешних атак врага (настоящего или предполагаемого), не снаружи, а из-за опустошения, вызванного самими внутренними оборонительными маневрами» (Лэнг, с. 75).

Необходимо подчеркнуть, что, согласно Лэнгу, такие диссоциативные состояния присущи и нешизоидным индивидам, особенно в таких угрожающих ситуациях, когда нет возможности их избежать (война, концлагерь и т. д.). Однако, в отличие от них, у шизоидов это не временное состояние, а базисная ориентация в жизни. Мир шизоида является миром, который угрожает со всех сторон его бытию и из которого нет выхода. С расколом «внутреннего Я» и телесного «ложного Я» восприятие и деятельность оказываются переданными последнему. Поэтому мир переживается как нереальный, а все относящееся к восприятию и действиям — как ложное, бесполезное и бессмысленное.

Поскольку каждое столкновение с миром угрожает поглотить «внутреннее Я», шизоидная личность боится выйти за пределы своей «скорлупы» и фантастические образы заменяют реальность. Свобода становится проклятием, и Лэнг употребляет здесь сартровское выражение «осужденности на свободу».

Чуть позже, под влиянием работы Ж.-П. Сартра «Критика диалектического разума», а также исследований американскими психиатрами так называемых «шизофреногенных семей», Лэнг вместе с другим известным теоретиком и идеологом «антипсихиатрии» Д. Купером пишет книгу «Разум и насилие: десятилетие философии Сартра 1950-1960».

В ней выделялись два вида семей. В **семьях-«сериях»** члены не испытывают друг к другу какого-либо интереса, заботясь только о том, чтобы не выносить сор из избы. Совместное существование покоится в значительной мере на страхе по поводу того, «что скажут другие». В **семьях-«нексусах» (узлах)** совместное существование поддерживается чувствами страха, тревоги, виновности, с помощью морального шантажа и различных форм психического давления и террора. «Семья типа нексуса сравнима с преступным сообществом, в котором взаимная поддержка является не чем иным, как взаимным устрашением» (цит. по: Руткевич, с. 130).

Далее Лэнг предполагает, что все группы действуют на своих членов через «системы фантазии». Основной (а для большинства людей и единственной) причиной нахождения в ней является тот опыт, которым наделяет индивида группа. Если один из членов группы начинает выходить за пределы «системы фантазии», принимаемой другими членами группы, то они классифицируют его как «сумасшедшего», так как для них фантазия тождественна реальности. «То, что называется психотическим эпизодом у одной личности, часто может быть понято как особого рода кризис во внутреннем опыте нексуса или же в поведении нексуса» (цит. по: Руткевич, с. 131). Группа не дает индивиду выйти из «системы фантазии» и уничтожает того, кто разрушает единство группы, причем членами группы это уничтожение осознается как «забота о больном», как помощь тому, кто запутался, и т. д. В связи с этим психиатрия является той общественной инстанцией, которая берет на себя карательные функции. Она пытается «приручить» индивида, вернуть «сумасшедшего» к той «социальной системе фантазии», которую он пытался преодолеть и которая является несомненной для всей группы, в том числе и для психиатров.

С точки зрения Лэнга, в качестве основного «шизофреногенного» фактора выступает постоянное и повторяющееся возникновение парадоксального состояния, когда на разных уровнях абстракции выдвигаются взаимоисключающие требования с одновременным запретом выхода из данной ситуации — ситуация так называемой **«двойной связи».** У человека возникает замешательство, сомнение по поводу определимости ситуации вообще. При этом конфликт не осознается, хотя человек чувствует нестерпимость своего положения — «жертва не может сделать ни одного шага без наступления катастрофы» (цит. по: Руткевич, с. 132). Естественно, что главным профилактическим и терапевтическим средством становится доведение конфликта до сознания, раскрытие сознательного или бессознательного обмана со стороны других.

Эти положения Лэнг развил в своей работе «Здоровье, безумие и семья», которая была написана в соавторстве с А. Эстертоном. В данной работе исследователи пришли к выводу о том, что противопоставление «норма—патология» не имеет смысла. Пациенты психиатрических клиник не менее «нормальны», чем члены их семейств, а «шизофреногенные семьи» ничуть не отличаются от обычной семьи современного общества. От рассмотрения семейной среды Лэнг постепенно перешел к критике общества в целом.

В своей работе «Я и Другие» Лэнг интерпретирует шизофрению не как заболевание, даже не как нарушение отдельных психических функций, а как этап процесса естественного исцеления, выхода в царство «сверхздоровья». Поэтому на место «церемониала деградации» (лоботомии, фармакологических препаратов, электрошоков и т. п.) должен прийти «церемониал инициации». Уже совершившие «путешествие по внутреннему пространству» и испытавшие «экзистенциальное возрождение» должны помочь «больным» пройти тот же путь.

С точки зрения Лэнга, цивилизация «одномерных людей» (термин итальянского психоаналитика-социалиста Г. Маркузе) подавляет «любую форму трансценденции». Человек, обладающий опытом «других измерений, которые он не может отвергнуть или забыть, рискует или быть уничтоженным другими, или предать то, что он знает. В контексте нашего сегодняшнего всеохватывающего безумия то, что мы называем нормальностью, здоровьем, свободой, все наши точки отсчета двусмысленны. Человек, предпочитающий быть скорее мертвым, чем красным, нормален. Человек, говорящий, что он потерял душу, сошел с ума. Человек, говорящий, что люди — это машины, может быть великим ученым. Говорящий, что *он есть* машина, является на психиатрическом жаргоне "деперсонализированным". Человек, говорящий, что негры — низшая раса, может быть широко уважаемым. Человек, который говорит, что белизна кожи является разновидностью рака, должен быть психиатрически освидетельствован. Семнадцатилетняя девочка в госпитале сказала мне, что она страшится того, что внутри нее атомная бомба. Государственные деятели большого ранга, которые хвалятся и угрожают тем, что у них есть оружие Страшного суда, являются куда более отчужденными от реальности, чем те, на кого наклеен ярлык "психотик"» (цит. по: Руткевич, с. 134). «Нормальное» состояние человека объявляется Лэнгом чем-то в высшей степени ненормальным, предательством «наших подлинных возможностей». Успешное приспособление к такой реальности означает потерю себя самого и подлинной реальности.

В своей самой скандальной работе «Политика опыта» он пишет, что наиболее здоровой частью психики в современном обществе остается сфера свободной фантазии, но именно она подавляется как нечто незрелое и препятствующее нормальной жизни. Кроме того, важнейшим измерением «опыта» является переживание бытия-небытия.

Бытие не является ни одной из вещей, это «ничто», служащее основанием всех вещей, всех «что». В творчестве, т. е. в акте трансцендирования самого себя, человек позволяет обнаружиться всему сущему, помогает бытию родиться из небытия. Открытие этой истины ставит человека перед великой «мистерией» превращения небытия в бытие, освобождая от страха перед «ничто». Погружение в этот процесс становления, приближение к границе бытия и небытия может вести человека как к подлинному здоровью, так и к подлинному безумию. Открывается это измерение «в тишине», «в центре каждого из пас». «Мы находимся по ту сторону всех вопросов, кроме вопросов

о бытии и небытии, воплощении, жизни и смерти... С нашей точки зрения, отчужденный от первоисточника творения человек поднимается из отчаяния и кончает падением. Но такой человек не прошагал пути до конца времен, конца пространства, тьмы и света. Он не знает того, что там, где все кончается, там все начинается» (цит. по: Руткевич, с. 138).

Большинство психотерапевтических систем, считает Лэнг, ориентированы на приспособление пациента к репрессивной цивилизации, разрушающей первоначальное единство бытия и небытия, внешнего и внутреннего. Внутренние противоречия, разорванность различных аспектов сознания — таково состояние человека, обнаружившего «внутреннее измерение», «полубезумного существа в сумасшедшем мире». Парадокс экзистенциальной психотерапии Лэнга состоит в том, что «нормальные» настолько больны, что даже не знают о своей болезни, а «больные» — это те, кто начал выздоравливать.

Исходя из этого, Лэнг видит свидетельство безумия большинства людей в том, что они не ощущают себя психически больными. Они не воспринимают того, что их «опыт» разрушается, поскольку разрушение осуществляется сегодня так, что его воспринимают как благодеяние. Такое разрушение начинается с детства, путем насилия, именуемого любовью: «Дети еще не дураки, но мы их сделаем такими же имбецилами, как мы сами...» (цит. по: Руткевич, с. 139). Это насилие приучает с первых месяцев «правильно» двигаться, говорить, чувствовать, выбирать. Социализация является принуждением вести себя и думать так, как это делают родители. «Дети с трудом отказываются от врожденного воображения, любопытства... Вы должны любить их, чтобы заставить их сделать это. Любовь — это путь от подчиненности к дисциплине, а через дисциплину... к предательству своего Я» (цит. по: Руткевич, с. 139). Способность обманывать себя лежит в основе адаптации и социализации. Социально разделяемые галлюцинации являются тем, что называют реальностью. Безумие пронизывает даже самые интимные сферы жизни людей. К пятнадцати годам любовь разрушает большую часть способностей подрастающего поколения, и появляется «еще одно полубезумное существо, более или менее приспособленное к сумасшедшему миру» (цит. по: Руткевич, с. 139).

Отсюда Лэнг делает вывод о том, что шизофрения есть естественный процесс выздоровления. «Я думаю, что шизофреники могут научить психиатров большему о внутреннем мире, чем психиатры своих пациентов» (цит. по: Руткевич, с. 139). Обращаясь к мистическому опыту, он пишет, что ранее существовали лучшие условия для опыта «других измерений»: «Процесс вхождения в *иной* мир из этого мира и возвращения к *этому* миру из иного является столь же естественным, как смерть или рождение» (цит. по: Руткевич, с. 139). Сегодня же подобное «погружение» стало асоциальным. «Ни один век в истории человечества не терял в такой мере связь с этим естественным процессом *выздоровления*» (цит. по: Руткевич, с. 139).

Лэнг описывает ступени, по которым проходит это «погружение». «Вспять через личностную жизнь, затем далее вглубь, по ту сторону, в опыт всего че-

ловечества, первого человека, Адама, а иногда еще дальше к бытию животных, растений, минералов» (цит. по: Руткевич, с. 140). Затем по тем же ступенькам «лестницы» возвращаются обратно, обновляя свои представления о мире, возрождаясь к новой жизни. Опыт психотика, таким образом, отождествляется Лэнгом с мистическим опытом. Он даже считает, что опыт психотика является «одной из тех немногих вещей, которые еще имеют смысл в нашем историческом контексте», т. е. в мире тотального отчуждения и безумия. В нем осуществляется «трансцендентальный опыт», лежащий в основе всей психической жизни.

«Когда личность сходит с ума, происходит глубокая трансформация ее места по отношению ко всем регионам бытия. Центр ее опыта сдвигается от Эго к самости. Мирское время становится просто анекдотическим, только вечное имеет смысл» (цит. по: Руткевич, с. 140). Прекращается «эгоистическое существование» в мире иллюзии. Безумие дает выход к иному миру, к видению сверхъестественного света, который, конечно, может и сжечь. «Погружение» сопровождается распадом личности, адаптировавшейся к неподлинному миру, «этого ложного Я, компетентно приспособленного к нашей социальной реальности». Возвращаясь из «путешествия» по внутреннему пространству, человек обновляется. Подчеркнем, что происшедшая подмена психотерапии мистическими «озарениями» вызвала резкую критику даже со стороны коллег Лэнга, оцепивших подобные положения «антипсихиатрии» как чрезвычайно опасные прежде всего для пациентов.

Философско-теологические воззрения **Мартина (Мордехая) Бубера** оказали необычайное воздействие как на современные концепции межличностной коммуникации, педагогику, социальные науки, так и на теорию психотерапии. Главной их особенностью было то, что они основывались, с одной стороны, на еврейской мистической школе и хасидизме, а с другой — на теории релятивизма.[134]

Бубер считал, что стремление к отношениям является «врожденным», данным изначально, и полагал, «что в материнской утробе любой человек знает вселенную (т. е. находится в отношениях с ней) и забывает ее при рождении». У ребенка есть «побуждение» к контакту (изначально тактильному), а затем «оптимальному» контакту с другим существом. Ребенок не знает никакого «Я», он не знает никакого иного состояния бытия, кроме отношений.

Бубер также утверждал, что «в начале — отношение». Поэтому человек не существует как отдельная сущность, а «сотворен между». По его мнению, существуют два основных типа отношений и соответственно два типа взаимосвязи — «Я-Ты» и «Я-Оно». **Отношения «Я-Оно»** — это отношения между человеком и средствами, так называемые «функциональные» отношения, отношения между субъектом и объектом, где полностью отсутствует взаим-

[134] Бубер основывался на мистической традиции, согласно которой каждый индивид — частица Завета и соответственно в каждом заключена божественная искра, а вместе они раскрывают священное присутствие. Следовательно, всех индивидов объединяет то, что каждый обладает космической, духовной связью с мирозданием.

ность. **Отношения «Я-Ты»** — это целиком взаимные отношения, включающие в себя полное переживание другого. Они отличаются от эмпатии, так как это больше, чем «Я», пытающееся отнестись к «другому». «Не существует "Я" как такового, а есть лишь фундаментальное "Я-Ты"», — писал Бубер.

Кроме того, само «Я» в этих двух ситуациях различно. Это не «Я» в психоаналитическом понимании «Эго», занимающее исключительное положение в реальности и решающее, устанавливать ли отношения с объектами, присутствующими в поле зрения человека (т. е. «Оно» или «Ты»). В понимании Бубера это «Я» можно обозначить таким неологизмом, как «междувость», подчеркивающим, что оно возникает и формируется в контексте каких-то отношений.

Таким образом, с каждым объектом, или «Ты», и в каждое мгновение отношений «Я» создается заново. При отношении к «Оно» человек удерживает от контакта какую-то часть себя, изучает «Оно» со многих возможных точек зрения; категоризирует, анализирует, судит и выносит решение о положении «Оно» в своей «карте мира». Когда же человек соотносится с «Ты», в это вовлечено все его существо, поэтому ничего невозможно изъять. «Базисное слово "Я-Ты" может произнести только всё существо человека. Концентрация и слияние в целостное существо не могут быть осуществлены мной, не могут быть осуществлены без меня. "Я" нуждаюсь в "Ты" для становления; становясь Я, я говорю "Ты"».

В первом случае, когда человек соотносится с другим менее чем всем своим существом (например, соотносясь через зависимость или манипуляцию), он остается на объективной позиции наблюдателя, думающего о впечатлении, которое его действия произведут на другого, соответственно превращая встречу Я-Ты во встречу Я-Оно. Поэтому, чтобы перейти во вторую ситуацию, на уровень близкого общения «Я» — «Ты», необходимо отбросить стереотипы и ожидания, связанные с другим, и позволить сформировать себя ответом другого. Чтобы быть в отношениях с другим, не нуждаясь в нем, человек должен потерять или превзойти себя.[135]

[135] Бубер проиллюстрировал это положение своими детскими отношениями с конем. «Когда мне было одиннадцать лет, я проводил лето в поместье бабушки и деда. Настолько часто, насколько я мог делать это незаметно, я прокрадывался в конюшню и ласково гладил по шее моего любимого ширококостного серого в яблоках коня. Это было не случайное удовольствие, а великое, конечно, дружеское и вместе с тем глубоко волнующее действие. Чтобы объяснить его сейчас, начиная с воспоминания, свежесть которого все еще хранит моя рука, я должен сказать, что, соприкасаясь с животным, я ощущал именно Другого, огромную непохожесть Другого, которая, однако, не оставалась чужой, как непохожесть быка или барана, но позволяла мне приблизиться и коснуться ее. Когда я гладил мощную гриву, иногда чудесно мягкую и расчесанную, в другое время удивительно неухоженную, под своей рукой я чувствовал жизнь, как будто стихия самой жизненной энергии граничила с моей кожей — что-то, что не было мною, конечно, не было похоже на меня, ощутимо другое, не просто иное, действительно Другое само по себе; и тем не менее оно позволяло мне подойти, доверялось мне, стихийно ставило себя со мной в отношения Ты и Ты. Конь, даже когда я не начинал с того, чтобы сыпать для него овес в ясли, очень мягко поднимал свою массивную голову, слегка прядал ушами, потом тихонько ржал, как заговорщик подает сигнал, надеясь, что его узнает только участник заговора; я был одобрен. Но один раз — не знаю, что нашло на ребенка, во всяком случае это было вполне детское переживание — меня поразила мысль, как мне весело гладить, и внезапно я стал сознавать свою руку. Игра продолжалась, как прежде, но что-то изменилось, это уже не было тем же самым. И на следующий день, когда я, задав обильный корм, погладил голову моего друга, он не поднял головы» (пит. по: Ялом, 1999, с. 412).

Основной способ переживания Я-Ты — это немой или произнесенный «диалог», в котором «каждый из участников имеет в виду другого или других в их особом бытии и обращается к ним с намерением установить живые взаимоотношения между собой и ими». Поворот от другого Бубер назвал «рефлексией». В рефлексии человек не просто «озабочен собой», но через эти «монологи, замаскированные под диалог» забывает об особом существовании другого.

Бубер подчеркивал, что хотя отношения Я-Ты и представляют идеал, к которому человеку следует стремиться, осуществляются они лишь в редкие мгновения, так как человеку приходится жить главным образом в мире Я-Оно. «Оно-мир — это мир, в котором человек должен жить и при этом может жить комфортно. Моменты "Ты" возникают как странные лирико-драматические эпизоды. Их обаяние может соблазнять, но они втягивают нас в опасные крайности. Человек не может жить в чистом настоящем, т. е. в Я-Ты, это поглотило бы его... и со всей серьезностью правды *слушай*, т. е. будь в Я-Ты, потому что вне этого человек не может жить. Тот, кто живет только в этом, не человек» (цит. по: Ялом, 1999, с. 414).

Необходимо отметить, что европейские идеи экзистенциальной психотерапии были практически неизвестны американскому психотерапевтическому сообществу, пока Р. Мэй не познакомил его с ними в книге «Экзистенциальная психология. Экзистенция: Новое измерение психиатрии и психологии», имевшей большой резонанс.

Помимо этого, в 1950-1960-х гг. экзистенциальные тенденции нашли свое отражение в рамках экспериментальной пато- и социальной психологии (работы Г. Оллпорта, Г. Мюррея, Дж. Келли, А. Маслоу, Р. Мэя и др.), получив в дальнейшем наименование «гуманистической психологии» или «гуманистической психотерапии». Основной принцип последней был сформулирован следующим образом: «Гуманистическая психотерапия посвящена главным образом тем человеческим возможностям и потенциям, которым отводится мало или вовсе не отводится места как в позитивистской бихевиоральной, так и в классической психоаналитической теориях. Это любовь, креативность, "Я", рост, целостностный психический организм, удовлетворение базовых потребностей, самоактуализация, высшие ценности, бытие, становление, спонтанность, игра, юмор, привязанности, аутентичность, тепло, трансценденция Эго, объективность, автономия, ответственность, значение, честность, психологическое здоровье, а также связанные с этим концепции» (Ялом, 1999, с. 24).

В 1963 г. Джеймс Бьюдженталь выдвинул пять основополагающих постулатов гуманистической психотерапии (цит. по: Ялом, 1999, с. 24).

1. Человек как целостное существо превосходит сумму своих составляющих.

2. Человеческое бытие развертывается в контексте человеческих отношений (иначе говоря, человек не может быть объяснен своими частичными функциями, в которых не принимается в расчет межличностный опыт).

3. Человек сознает себя (и поэтому не может быть понят психотерапией, не учитывающей его непрерывное, многоуровневое самосознание).

4. Человек имеет выбор (человек не является пассивным наблюдателем процесса своего существования: он творит свой собственный опыт).

5. Человек интенционален (человек обращен в будущее; в его жизни есть цель, ценности и смысл).

Необходимо принять во внимание, что американская гуманистическая традиция ни в коей мере не тождественна европейской экзистенциальной традиции — они различаются расстановкой акцентов. Европейская экзистенциальная традиция подчеркивает человеческие ограничения и трагическую сторону существования (возможно, потому что европейцы испытали географическую и этническую замкнутость, эпидемии, войны, жизненную неопределенность), в то время как американскому гуманизму свойственны экспансия, оптимизм, прагматизм.

Развиваясь, гуманистическое движение было поглощено контркультурой с такими социальными феноменами, как движение за права человека, хиппи, психоделическая культура, сексуальная революция и т. п. В результате в гуманистической психологии образовался хаос различных школ и направлений, которые «даже на экзистенциальном эсперанто едва ли могли объясняться между собой». Гештальт-терапия, трансперсональные методы, группы встреч, холистическая медицина, психосинтез, дзэн-буддизм, суфизм — все это было объединено под собирательным именем экзистенциально-гуманистического подхода в психотерапии. Такая ситуация способствовала распространению в экзистенциальной терапии идей гедонизма («если тебе нравится, делай это»), антиинтеллектуализма (согласно которому любой когнитивный подход представляет собой «промывание мозгов»), установки на реализацию индивидуальности и самоактуализацию и т. п.

Однако, как подчеркивает И. Ялом, сегодня идеи гуманизма и экзистенциализма не оказывают большого влияния на психотерапевтическую практику в Америке. Это обусловлено, во-первых, языковым барьером, а во-вторых, их слабой совместимостью с жестко прагматичным мировоззрением, царящем на американском континенте.

В англоязычных странах наибольшее распространение получили следующие два подхода экзистенциальной психотерапии — экзистенциальное консультирование Р. Мэя[136] и логотерапия В. Франкла.

Ролло Мэй родился в 1909 г. в штате Огайо в семье секретаря христианской общины и был седьмым ребенком в семье. Его отец довольно часто пе-

---

[136] По оценке Г. Шпигельберга, Р. Мэй является «наиболее влиятельным американским представителем экзистенциальной феноменологии, подготовившим почву для нового подхода к феноменологической психологии» (Spiegelberg, p. 158).

ревозил семью с места на место. Взаимоотношения родителей были сложными, поэтому жизнь в родительском доме была нерадостной. Кроме того, единственная сестра Мэя, старше его, страдала психозом и некоторое время провела в психиатрической больнице. Мэй изучал искусствоведение в Оберлинском колледже и в 1930 г. получил степень бакалавра гуманитарных наук. Позже он жил в Греции, где в течение трех лет преподавал в школе гуманитарные предметы, в то же время занимаясь историей древнегреческой цивилизации. Помимо этого, одно лето Мэй посвятил изучению индивидуальной психологии в Вене под руководством А. Адлера. Вернувшись на родину, он в 1938 г. получил степень бакалавра богословия в теологической семинарии, где встретился с высланным из нацистской Германии протестантским теологом П. Тиллихом, с которым впоследствии подружился. Именно под его влиянием Мэй обратился к произведениям экзистенциальных философов. В последующие годы Мэй работал в нью-йоркском Институте психиатрии, психоанализа и психологии — главном американском центре неофрейдизма, где рядом с ним работали Э. Фромм и Г. С. Салливан. В 1949 г., после специализации в области клинической психологии в Колумбийском университете, Мэй получил степень доктора философии. Вскоре Мэй заболел туберкулезом и два года лечился в загородном санатории; именно тогда он написал книгу «Смысл тревоги».

После этого Мэй работал в Нью-Йорке: практиковал в качестве частного психиатра, писал книги и статьи, был адъюнкт-профессором в Новой школе социальных исследований при Нью-Йоркском университете, обучающим аналитиком и наблюдателем в Институте Уильяма Алансона Уайта. Затем он переехал в Сан-Франциско, где продолжал практику и преподавательскую деятельность, а также написал ряд новых книг. Скончался Ролло Мэй 22 октября 1994 г.

Мэй пытался совместить реформированный психоанализ З. Фрейда с идеями С. Кьеркегора, прочитанного «онтологически», т. е. сквозь «бытие и время» М. Хайдеггера, «экзистенциальный анализ» Л. Бинсвангера и теологию П. Тиллиха. Он пришел к выводу, что причиной неврозов являются не проблемы из прошлого пациента (фиксации либидо, нарушенные объектные отношения и т. п.), а те проблемы, которые он не может решить в настоящий момент. Такая актуальная импотентность неминуемо ведет к потере спонтанности, нацеленности в будущее, творческих способностей.

Массовая культура, поощряющая конформистские тенденции в обществе, приводит к тому, что современные люди подавляют в себе **чувство бытия**, связанное со всем опытом их существования, как сознательным, так и бессознательным. Между тем людям жизненно необходимо ощущать свое бытие в мире и иметь основной «Я-существую» опыт. Один из пациентов Мэя сказал об этом так: «Поскольку я Есть (Существую), я имею право Быть». Очевидно, что опыт «Я-существую» сам по себе не приводит к решению проблем пациентов, но он является необходимым условием для решения этих проблем.

С точки зрения Мэя, психически нормальный человек способен находить конструктивные пути для самовыражения. Для него характерен разрыв между тем, что он есть, и тем, чем он хочет быть, создающий **творческое напряжение**. Согласно этому исследователю, имеется множество окружающих миров — столько же, сколько людей. «Мир является структурой смысловых отношений, в которых существует личность и в образе которого она соучаствует». Мир включает в себя прошлые события, которые существуют не объективно, а в зависимости от отношения индивида к ним, от того смысла, который они для него имеют, и возможности индивида. Человек все время как бы «достраивает» свой мир. Вслед за Л. Бинсвангером Мэй выделяет три «основных модуса мира».

Первый, *Umwelt* — **«внешний мир».** *Umwelt* представляет собой естественный мир, законы природы и окружающую среду. *Umwelt* и животных, и людей включает в себя биологические потребности, стремления, инстинкты. Он также включает в себя ежедневные и жизненные циклы каждого организма. Естественный мир воспринимается как реальный.

Второй, *Mitwelt* — **«совместный мир».** Это социальный мир общения людей с подобными им людьми отдельно и в группах. При наличии как личных, так и групповых отношений люди влияют друг на друга и на структуру смысла, которая развивается. Вслед за М. Бубером Мэй пишет о том, что сущность человеческих отношений заключается во взаимном изменении. Значимость взаимоотношений зависит от того, насколько индивид ценен, важен, привлекателен для партнера. Точно так же от степени вовлечения людей в жизнь группы зависит то, какое значение имеют для них эти группы.

Третий, *Eigenwelt* — **«внутренний мир».** *Eigenwelt* уникален у каждого человека и обусловливает развитие самосознания и само-осознания. *Eigenwelt* также лежит в основе постижения смысла вещи или человека. Именно он определяет индивидуальное отношение к вещам и людям (например, выражение «Этот цветок красив» с точки зрения *Eigenwelt* означает «Для меня этот цветок красив»).

Три вида бытия взаимосвязаны. Например, любовь подразумевает нечто большее, чем биологические стремления *Umwelt,* а также нечто большее, чем социальные или межличностные отношения *Mitwelt.* Для возникновения и развития чувства любви требуется наличие *Eigenwelt,* так как, для того чтобы общаться с другими, люди должны быть самодостаточными. Однако «собственный мир» человека не может быть сведен к этим модусам. Этот мир предполагает самоотнесенность и самосознание. Только обратившись к этому измерению, можно понять, что значат для индивида окружающие его предметы.

Чтобы продемонстрировать применение данных модусов в клинической практике, приведем отрывок из уже упоминавшегося «Случая Эллен Вест», описанного Бинсвангером. «...Если мы еще раз попытаемся суммировать индивидуальные черты и феноменологические формы модуса этого бытия-в-

мире[137] в различных зонах мира... мы снова сочтем за лучшее начать с мира-ландшафта: бытие-ограниченным и бытие-подавляемым здесь представлены как затемнение, темнота, ночь, холод, отлив, пределы или границы — как сырая туманная или облачная пелена, пустота — как Сверхъестественное, страстная жажда освобождения (от дыры) — как подъем в воздух, Я — как беспокойная птица. В мире растительного прозябания бытие-ограниченным и бытие-подавляемым обнаруживает себя как увядание, барьеры — как спертый воздух, пустота — как сорняки, страстное желание свободы — как влечение к росту, Я — как увядшее растение. В мире вещей мы находим бытие-ограниченным в норе, клетке, гробу, барьеры — в стенах, крепости, ловушках, путах; желание свободы — в оплодотворенной утробе, Я — в выброшенной скорлупе. В животном мире бытие-ограниченным представляется как бытие-в-норе, барьеры — как земля или темная ночь, Я — как червь, более неспособный ни к какой жажде свободы, пустота — как всего лишь прозябание. В *Mitwelt* бытие-ограниченным рассматривается как бытие-порабощенным, -подавленным, -истощенным и -преследуемым, пустота — как утрата покоя, безразличие, безрадостное подчинение, изоляция, одиночество, барьеры — как ловушки, или змеи повседневности, или удушливый воздух, сама дыра — как маленький мирок (обыденность), страстное желание свободы — как стремление к независимости, неповиновению, восстанию, бунту, Я — как мятежник, нигилист; позже — как трусливый соглашатель. В *Eigenwelt* как в мире мысли мы узнаем бытие-ограниченным в трусости, потакании слабостям, отказе от возвышенных намерений, барьеры — в обвиняющих, глумящихся духах или призраках, обступающих и нападающих со всех сторон, пустоту — в управляемости одной-единственной идеей, даже в качестве Ничто, Я — в робком черве, замороженном сердце, страстное желание свободы мы видим в отчаянии. Наконец, в *Eigenwelt* как в телесном мире мы нашли бытие-ограниченным или подавленным в потолстении, барьеры или стены — в слое жира, в который существование, как в стены, колотит кулаками, пустоту — в ощущении себя пустой, глупой, старой, уродливой и даже мертвой, жажду свободы — в желании-быть-стройной, Я — как просто полость для наполнения и нового опустошения» (Экзистенциальная психология, с. 469).

Ключевым понятием для понимания человеческого мира служит тревога. Мэй отмечает, что тревога неизбежно присутствует в человеческой жизни. Согласно его утверждению, быть человеком — значит быть тревожным. Проводя различие между нормальной и невротической тревогой, он определяет нормальную тревогу как результат угрозы человеческому существованию или ценностям, которые индивид идентифицирует со своим существованием. В ходе нормального развития каждый человек переживает различные угрозы своему существованию. Одним из источников нормальной тревоги является человеческая экзистенциальная уязвимость по отношению к приро-

---

[137] Эллен.

де, болезни и смерти. Другой источник тревоги — это потребность постепенно становиться независимым от родителей, связанная с развитием напряженных отношений и кризисов. Но люди могут использовать такие угрозы с пользой для себя в качестве обучающего опыта и продолжать развиваться.

Нормальная тревога характеризуется тремя чертами. Во-первых, выраженность нормальной тревоги соответствует серьезности объективной угрозы, имеющей место в сложившейся ситуации. Во-вторых, нормальная тревога не приводит к подавлению. В-третьих, такую тревогу можно использовать творчески — идентифицировать факторы, обусловившие ее возникновение, и постараться противостоять этим факторам. Отсюда вытекает главная задача экзистенциальной психотерапии — помочь пациентам научиться мириться с «нормальными» неприятностями, которые являются частью человеческого существования.

Невротическая тревога в корне отличаются от нормальной. Прежде всего это неадекватная реакция на объективную угрозу. Такая тревога подразумевает подавление и является скорее разрушительной, чем конструктивной. Однако невротическую тревогу можно рассматривать и с другой точки зрения. Люди субъективно реагируют на объективные угрозы, при этом сильное влияние на реакцию людей оказывают их внутренние психологические модели и конфликты. Подавление и блокирование осознания, связанные с невротической тревогой, делают людей более уязвимыми по отношению к угрозам. Это объясняется тем, что люди утрачивают доступ к важной информации, с помощью которой можно идентифицировать угрозы и справляться с ними.

Таким образом, основной принцип экзистенциальной психотерапии Мэя состоит в том, что от невротических страхов индивид освобождается через осознание «базисной тревоги», поскольку, с его точки зрения, имеется обратное отношение между осознанием тревоги и присутствием симптомов. Тревога, как страх за само бытие, должна «растворить» все невротические фобии. Осознанная тревога хотя и может быть более болезненной, но она может быть использована также для интеграции «Я».

Мэй также считает, что, подобно тревоге, важной частью человеческого существования является и вина. Можно провести различие между нормальной и невротической виной. В основе **невротической вины** лежат воображаемые проступки, направленные против других людей, родительских приказаний и принятых социальных правил. **Нормальная вина** — это призыв к совести, она побуждает людей придавать большее значение этическим аспектам своего поведения. Другой формой вины является **экзистенциальная, или онтологическая, вина**. Мэй различает три ее формы.

Первая форма соответствует *Eigenwelt* и является следствием неумения жить в соответствии со своим потенциалом. В качестве примера можно сказать, что люди могут чувствовать вину, считая, что они причинили вред сами себе.

Вторая форма экзистенциальной вины соответствует *Mitwelt,* в ее основе лежит искажение индивидом действительности своих близких: человек может чувствовать вину, считая, что он причинил вред своим близким или друзьям.

Третья форма экзистенциальной вины соответствует как *Umwelt,* так и двум другим «видам бытия», и представляет собой «вину разобщения», объектом которой выступает природа как целое.

Мэй описывает чувство экзистенциальной вины как «позитивную конструктивную эмоцию... восприятия различия между тем, что представляет собой вещь, и чем она должна была бы быть» (цит. по: Экзистенциальная психология, с. 160). Экзистенциальная вина универсальна, так как она коренится в самоосознании. Она не является результатом невыполнения родительских приказаний или нарушения культурных норм, а связана с имеющейся у каждого человека возможностью выбора. Таким образом, понятие «экзистенциальная вина» тесно связано с понятием личной ответственности.[138] Сама по себе экзистенциальная вина не является невротической виной, но она обладает потенциалом, необходимым для превращения в невротическую вину. Однако при правильном подходе экзистенциальная вина может принести индивиду пользу, способствуя способности мириться с окружающим миром и сопереживать другим людям, а также развитию творческого потенциала.

В качестве «онтологических условий» человеческого существования Мэй выделил следующие структуры «бытия-в-мире»:

1) **центрированность** — человек должен иметь мужество видеть себя отдельным и независимым центром всего окружающего, утверждать себя в этом качестве;

2) **самоутверждение** — человек должен реализовывать себя в выборе;

3) **соучастие** — человеку необходимо соотносить себя с другими людьми. Невротические симптомы появляются, когда либо соучастие, либо центрированность доминируют;

4) **осознание** *(awareness)* — каждый человек имеет опыт самого себя, своих желаний и потребностей. Этот опыт имеется еще до ясного сознания и целесообразного действия;

5) **тревога**, в которой человеку открывается возможность небытия.

Кроме того, «необходимыми условиями» человеческого существования Мэй считает любовь и волю.

Говоря о любви, Мэй цитирует П. Тиллиха: «Любовь есть онтологическое понятие. Ее эмоциональный компонент является следствием ее онтологической природы». Анализируя платоновское учение об Эросе и фрейдовскую теорию либидо, Мэй пишет, что Эрос, «творческая витальность», представ-

[138] М. Босс пишет: «Если вы запираете свой потенциал, то вы виноваты перед тем, что вам дано с рождения, заложено в вашем "ядре". Именно в этом экзистенциальном состоянии бытия в долгу и бытия виноватым основываются всевозможные ощущения вины, различные его формы, проявляющиеся в нашей действительности» (цит. по: Экзистенциальная психология, с. 159).

ляет собой глубочайший импульс человеческого существования. Такое «стремление установить единство, полное взаимоотношение» служит основой творческих способностей человека, «демонического чувства»[139], лежащего в основе экзистенции. Демонический Эрос оказывается единством того, что Мэй называл самоутверждением и соучастием. Это одновременно спонтанная витальность утверждающего себя индивида и основа межличностных отношений.

Воля пронизывает все «бытие-в-мире», так как только в акте выбора человек становится идентичным самому себе. Воля рассматривается Мэем как организующий принцип, требующий рефлексии, сознательного решения при реализации желаний. Интенциональные акты воли формируют те смысловые содержания, с которыми имеет дело человек. Это «способ осознания реальности», понимания мира и самих себя. Структура интенциональных актов определяет «бытие-в-мире» каждого человека.

Соответственно цели психотерапии Мэй видит в выявлении «базисной» интенциональной структуры пациента, которую необходимо довести до его сознания и перестроить. Поэтому процесс терапии заключается, по его словам, в «соединении друг с другом трех измерений — желания, воли и решения».

В своей книге с характерным названием «Мужество творить» он пишет о том, что излечить от невроза означает научить творить, сделать человека «артистом собственной жизни». Мужество творить заключается в том, что человек приобретает способность изменять свои жизненные цели, ориентации, установки и нести за них ответственность.

Идеи пересоздания жизненных смыслов, но уже в контексте некоторых религиозных положений, были развиты в **логотерапии** (от древнегр. *Logos* — смысл) одного из наиболее ярких представителей так называемой Третьей венской школы психотерапии **Виктора Франкла.**[140]

Виктор Эмиль Франкл родился в 1905 г. в Вене. До 1927 г. он являлся активным членом Общества индивидуальной психологии. В 1930 г. Франкл получил степень доктора медицины. С 1942 по 1945 г. он находился в заключении в фашистских концлагерях. В 1946 г. Франкл опубликовал книгу «Психолог в концлагере», в которой описал свой опыт пребывания в «лагерях смерти». В 1946 г. он становится директором женской неврологической больницы, а с 1947 г. начинает преподавать в Венском университете. В 1949 г. Франкл получил степень доктора философии и возглавил Австрийское общество врачей-психотерапевтов. В 1955 г. он стал профессором неврологии и психиатрии.

---

[139] Понятие «демоническое» толкуется Р. Мэем в античном смысле: «Демоническое может быть и творческим, и разрушительным, будучи в нормальном случае и тем и другим».

[140] Отметим, что первоначально свое учение В. Франкл называл также «экзистенциальным анализом» *(Existenzanalyse),* но потом практически не употреблял это название, чтобы подчеркнуть свое отличие от *Daseinanalyse.* Наименование же «Третья венская школа» было выбрано для того, чтобы противопоставить логотерапию ортодоксальному психоанализу и индивидуальной психологии А. Адлера.

С середины 1950-х гг. Франкл вел активную просветительскую и общественную деятельность по всему миру.

Франкл считал, что потеря смысла существования вызвала в западном обществе новый тип невроза — **«ноогенный невроз»**. В работе «Врач и душа» он пишет о том, что к психотерапевту зачастую обращаются с теми проблемами, которые в действительности должны ставиться перед священником.[141] При этом чем более экономически развитым является государство, тем больше оно страдает от проблем такого рода и тем сильнее распространена в нем точка зрения на духовные поиски личности как на проявление психопатологической симптоматики. В результате «психиатры часто оказываются в затруднительной ситуации: они сталкиваются скорее с человеческими проблемами, чем с клиническими симптомами» (цит. по: Руткевич, с. 162). Эта точка зрения противоположна известному утверждению З. Фрейда о том, что «в тот момент, когда человек усомнился в смысле жизни, он болен... Задаваясь этим вопросом, он делает не что иное, как подвергается действию некоего фермента, производящего печаль и депрессию, свой запас неудовлетворенного либидо, с которым на самом деле прежде случилось что-то другое» (цит. по: Ялом, 1999, с. 502). Франкл замечает, что «поиск человеческого смысла не является патологическим, напротив, это вернейший признак подлинности человеческого бытия. Даже если этот поиск привел к фрустрации, его нельзя рассматривать в качестве симптома болезни. Это духовный дистресс, а не психическое заболевание».

Франкл различал две стадии бессмысленности — экзистенциальный вакуум и экзистенциальный невроз. **Экзистенциальный вакуум**, или **экзистенциальная фрустрация**, — феномен, характеризующийся субъективными переживаниями скуки, апатии, пустоты, цинизма. **Экзистенциальный, или ноогенный невроз**, развивается при присоединении к экзистенциальной фрустрации невротической симптоматики. Он может принимать любую клиническую форму, но его главная характеристика — блокированная воля к смыслу.[142] Дилемма современного человека, утверждал Франкл, состоит в том, что инстинкты не говорят ему, что он *должен* делать, а традиция больше не подсказывает, что ему *следует* делать. Наиболее типичные варианты реагирования на возникающий экзистенциальный вакуум — конформизм и подчинение тоталитарности.

Один из представителей логотерапии, Сальвадор Мадди описал три клинические формы экзистенциальной патологии.

1. **Крусадерство** («идеологический авантюризм») — выискивание для себя наиболее престижных и выигрышных дел и погружение в них с головой.

---

[141] Отметим, что сходные идеи развивал и К. Г. Юнг. В работе «Проблема души современного человека» /21/ он пишет о том, что бессмысленность жизни выступает одним из основных препятствий на пути индивидуации и является «эквивалентом заболевания». Невроз, по его мнению, это страдание души, не находящей своего смысла.

[142] Б. Уолман определяет экзистенциальный невроз как «неспособность найти смысл жизни, чувство, что человеку не для чего жить, не за что бороться, не на что надеяться... он не может найти цель или направление в жизни, ощущение, что как ни *выдыхайся* на работе, *вдохновляться* нечем» (цит. по: Ялом, 1999, с. 471).

2. **Нигилизм** — активная тотальная склонность дискредитировать деятельность, имеющую смысл для других. Мадди так описывает нигилиста: «Он проворно докажет, что любовь не альтруистична, а эгоистична, что филантропия является способом искупить вину, что дети скорее порочны, чем невинны, что лидеры скорее тщеславны и одержимы желанием власти, чем вдохновлены великим видением, что труд не продуктивен, а скорее являет собой тонкий покров цивилизации, скрывающий монстра в каждом из нас» (цит. по: Ялом, 1999, с. 504).

3. **Вегетативность** — крайнее состояние бессмысленности, имеющее широкие когнитивные, аффективные и поведенческие проявления. Когнитивный компонент состоит в хронической неспособности поверить в полезность какого-либо жизненного усилия. Аффективный настрой выражается в умиротворении и скуке, перемежающихся эпизодическими депрессиями. Поведенческая активность колеблется между средним и низким уровнем, но для нее характерно отсутствие избирательности поведения: человеку все равно, чем он занят.

Согласно Франклу, непонимание и недооценка значения смысла в жизни человека ведут к тому, что пациентам со стороны психотерапевтов навязываются упрощенные и конформистские «схемы» мира, маскируемые под ту или иную метафору психотерапии. Кроме того, применение критериев «норма-патология» к духовным творениям, а не к личностям их создателей, приводит к вульгаризации, упрощению и релятивности любых социальных, моральных и нравственных ценностей. «Философская структура не является просто продуктом больной души ее создателя. У нас нет права выводить из психической болезни личности, создающей определенное видение мира, то, что ее философия не является значимой» (цит. по: Руткевич, с. 163).

Соглашаясь с христианской традицией, Франкл утверждает, что существует идеальное царство истин и ценностей, которое не зависит от субъекта. На них направлено «духовное зрение» человека, которое не детерминируется ни биологическими, ни социальными, ни психологическими закономерностями. Внешнее окружение или психическая болезнь могут искажать «сущностное видение», преувеличивать или преуменьшать значимость той или иной идеи, но они не способны затронуть ее содержание.

Такой «сверхсмысл» вообще превосходит познавательные способности человека. «Он доступен скорее для акта свершения, который исходит из глубин и центра человеческой личности и, таким образом, коренится в тотальной экзистенции. Мы имеем дело не с интеллектуальным или рациональным процессом, а с целостным экзистенциальным актом, который... я называю базисным доверием бытию». Тремя основополагающими принципами логотерапии являются свобода воли, воля к смыслу и смысл жизни.

Свобода воли, считает Франкл, принадлежит к непосредственным данным человеческого опыта. Ее можно феноменологически описать, но невозможно свести к причинным связям. Благодаря ей, когда человек «поднимается над плоскостью соматических и психологических детерминант своего существо-

вания... он свободен менять позицию по отношению в этим условиям; он всегда сохраняет свободу выбирать свою установку и отношение к ним» (цит. по: Руткевич, с. 165), он выходит в **«ноологическое»** или **«ноэтическое» измерение,** образуя вместе с соматическим и психологическим измерением **«антропологическое целое».**

Воля к смыслу противопоставляется Франклом «принципу удовольствия» психоанализа и «воле к власти» индивидуальной психологии. Он считает, что человеческие мотивы и цели всегда осознанны, поэтому «в конечном счете оказывается, что воля к удовольствию и воля к власти являются производными первоначальной воли к исполнению смысла» (цит. по: Руткевич, с. 168).[143] При этом он проводит различие между влечениями, подталкивающими человека изнутри, и смыслом, действующим на человека извне и создающим **стремление.** Стремление предполагает свободу — свободу принимать или отвергать цель, которая притягивает. Стремление также телеологично, т. е. ориентировано на будущее.

Только при наличии воли к смыслу человек способен оказаться лицом к лицу со смыслом. Тогда он становится свободным и ответственным за свои деяния, причем подлинно ответственной, с точки зрения Франкла, является позиция «интерпретирующих свое существование в терминах ответственности... перед кем-то, а именно Богом» (цит. по: Руткевич, с. 168).

Смысл жизни, согласно Франклу, «это то, что содержится в ситуации, подразумевающее вопрос и требующее ответа... У каждой проблемы есть только одно решение, и оно правильное; у каждого решения — только один смысл, и он подлинный» (цит. по: Ялом, 1999, с. 519). Таким образом, осмысленной является абсолютно любая жизнь, в том числе полная лишений и страданий.

Все уникальные смыслы делятся на три основные категории: 1) состоящие в том, что именно личность дает миру как творение; 2) состоящие в том, что личность берет у мира в форме опыта; 3) состоящие в позиции личности по отношению к страданию и судьбе, которую она не может изменить.

Во всех своих работах Франкл утверждает: «Смысл — это скорее то, что надо найти, чем то, что дается. Человек не может его изобрести, а должен открыть» (цит. по: Ялом, 1999, с. 519). Веру в самодельный смысл жизни Франкл уподобляет карабканью по канату, который мы же сами подкинули в воздух. Как в связи с этим пишет И. Ялом, такая «позиция Франкла по сути религиозна и основывается на представлении о существовании Бога, предначертавшего смысл для каждого из нас, который мы должны обнаружить и осуществить» (Ялом, 1999, с. 519).

Действительно, Франкл утверждал, что истинная осмысленность существования возможна лишь у религиозного человека. «С психологической точки

---

[143] Правда, несколько позже он утверждал, что мотивирующая сила в человеке закономерно меняется в процессе индивидуального развития, и три Венские школы отражают эту эволюцию. «Фрейдовский принцип удовольствия — это ведущее мотивирующее начало для маленького ребенка, адлеровский принцип власти — для юноши, а воля к смыслу — ведущая мотивация зрелого возраста».

зрения религиозная личность такова, что она испытывает не только то, что говорится, но и говорящего: слух ее более чуткий, чем у нерелигиозной личности. В диалоге с собственной совестью — этом интимнейшем из диалогов — Бог является ее собеседником» (цит. по: Руткевич, с. 169).

Психотерапию Франкл называл «медицинским священничеством». Под этим он понимал то, что «медицинское священничество оперирует вдоль великой разделительной линии, разделяющей медицину и религию» (цит. по: Руткевич, с. 171).[144] Поэтому Франкл и его последователи в основном работали с вполне здоровыми с медицинской точки зрения людьми, ведя их к «религиозному возрождению», предпочитая лечить психические заболевания традиционными медицинскими средствами.

Соответственно и логотерапевтические техники отличаются ярко выраженной религиозной специфичностью. Как отмечает Ялом, с точки зрения психотерапевта-практика, не существует ясной логотерапевтической системы: логотерапия заключается в импровизированных попытках помочь пациенту обнаружить смысл. Так, например, техника толкования сновидений состоит в «трансформации религиозного опыта — от скрытого в тумане и тьме Бога к Богу явленному».

Одно из наиболее характерных отличий логотерапии от всех остальных экзистенциальных подходов состоит в том, что она «трагически оптимистична».[145] «Несмотря на нашу веру в потенциал человека, — писал Франкл, — мы не должны закрывать глаза на то, что человечные люди всегда являются меньшинством. Но именно поэтому каждый из нас чувствует вызов присоединиться к этому меньшинству. Дела плохи. Но они станут еще хуже, если мы не будем делать все, что в наших силах, чтобы улучшить их».

Современный этап развития экзистенциальной психотерапии характеризуется попытками строгих научных исследований тех областей человеческого бытия, которые поддаются эмпирическому изучению, а также систематизацией имеющихся методов психотерапевтического вмешательства. Его наиболее ярким представителем является **Ирвин Ялом.**

Ирвин Ялом родился в 1931 г. в Вашингтоне в семье еврейских эмигрантов, в 1920-х гг. прибывших в США из России. Семья жила в достаточно стесненных условиях, поэтому в детстве Ялом провел много часов, как он сам описывает, «тихо ненавидя злобный язык матери и восхищаясь отцом». В школе он столкнулся с двумя дополнительными трудностями: «На улицах черные набрасывались на меня из-за моей белизны, а в школе белые нападали на меня из-за того, что я еврей» (Ялом, 1999).

В 1952 г. Ялом получил степень бакалавра гуманитарных наук в университете Джорджа Вашингтона, а в 1956 г. — степень доктора медицины в Бостонском университете. В течение следующих шести лет он прошел путь от

[144] Недаром в США первыми последователями логотерапии стали не психологи и психиатры, а теологи.

[145] Отметим, что М. Хайдеггер одобрил этот «оптимизм» Франкла, пишущего не об абсурдности бытия, а о «предельном смысле».

интерна нью-йоркской Синайской больницы до капитана американской армии. В 1962 г. Ялом получил должность преподавателя психиатрии в медицинской школе Стэнфордского университета, а в 1973 г. — профессора.

В 1993 г. Ялом покинул Стэнфорд, но не оставил психотерапевтическую практику и продолжал публиковать новые работы. Его «Теория и практика групповой психотерапии», «Экзистенциальная психотерапия», «Групповая психотерапия стационарных больных», «Лечение от любви и другие психотерапевтические новеллы» входят в золотой фонд психотерапии. Ялом также является соавтором таких книг, как «Группы встреч: первые факты», «Каждый день понемногу сближает» и «Краткое руководство по групповой психотерапии». В соавторстве с Р. Мэем Ялом написал главу об экзистенциальном консультировании в книге «Современная психотерапия». В 1993 г. Ялом выпустил роман «Когда Ницше плакал», получивший ряд литературных премий.

В своей фундаментальной работе «Экзистенциальная психотерапия» Ялом дает следующее определение тому, о чем он пишет: «Экзистенциальная психотерапия — это динамический подход, фиксирующийся на базисных проблемах существования индивидуума» (Ялом, 1999, с. 8). Такими проблемами (**экзистенциальными факторами**) он считает смерть, свободу, изоляцию и бессмысленность жизни. Соответственно экзистенциальная психотерапия в его понимании основана на модели психопатологии, согласно которой тревога и ее дезадаптивные последствия представляют собой реакцию на эти четыре данности.

Ялом также считает, что существуют два типа **механизмов психологической защиты**, которые могут быть как бессознательными, так и вполне осознанными. Во-первых, это традиционные механизмы защиты (проекция, реакция, отрицание, идентификация и т. п.), которые работают независимо от источника тревоги. Во-вторых, существуют специфические механизмы защиты от каждого из четырех основных беспокойств. Эти механизмы не только помогают защититься отдельным пациентам, но и поддерживаются целыми культурами.

Хотя специфические варианты защиты от каждого из основных беспокойств обычно рассматриваются отдельно, они могут частично совпадать. Кроме того, возможно их перекомбинирование или слияние во всеобъемлющую экзистенциальную модель психопатологии.

Смерть — основной источник тревоги и невротической, и нормальной, и экзистенциальной. Причем эти виды тревоги, связанные со смертью[146], могут быть как осознанными, так и бессознательными. В отличие от многих своих предшественников Ялом на основе обширных и продолжительных эмпирических исследований доказывает, что с самого раннего детства люди чрезвычайно озабочены неизбежностью смерти. Для того чтобы справиться с ужа-

[146] Многие авторы отмечают, что силу связанного со смертью беспокойства точнее выражает термин «ужас смерти», а не «тревога, связанная со смертью».

сом потенциального несуществования, люди воздвигают психологическую защиту, базирующуюся на отрицании смерти. Кроме того, Ялом считает, что развитие психической патологии в значительной степени обусловлено совершением неудачных попыток выйти за рамки смерти. По его мнению, **первый интрапсихический экзистенциальный конфликт** — это конфликт между осознанием неизбежности смерти и желанием продолжать жить, конфликт между боязнью несуществования и желанием быть.

По мнению Ялома, дети достаточно рано открывают для себя не только сексуальность, но и сущность смерти, хотя их интеллект еще не позволяет им полностью осознать этот факт. Так же как и в случае сексуальности, дети вытесняют свое первое знание о смерти, воздвигая различные защитные конструкции. Они убеждают себя в том, что смерть является временной, дети не умирают, «я не умру, потому что я особенный», в последний момент на помощь придет спаситель и т. п. **Примирение с неизбежностью смерти** составляет главную задачу развития в этот период.

Успешность решения данной задачи зависит от силы Эго и присутствия поддерживающих взрослых, способных справляться с их собственной тревогой, связанной со смертью. При отсутствии таких факторов осознание реальности смерти оказывает травмирующее воздействие. Особенно травмирующей может быть смерть родных братьев и сестер, а также родителей (исследования Ялома показывают, что среди пациентов как с невротическими, так и с психотическими расстройствами удельный вес индивидов, перенесших в детстве потерю родителей, значительно выше, чем среди людей со здоровой психикой). Кроме того, мера травматизации также зависит от степени принятия смерти, характерной для данной культуры.

При недостатке сведений дети обращаются к другим источникам информации, имеющим различную степень надежности. В связи с этим дети часто отгораживаются от смерти дезинформацией, отрицанием, сказками, эвфемизмами и т. п. Отсюда Ялом делает вывод о том, что одна из просветительских задач экзистенциального терапевта состоит в том, чтобы разработать принципы сообщения детям сведений о смерти.

И у детей, и у взрослых Ялом выделил два главных **механизма защиты от тревоги, связанной со смертью.** Прежде всего это **вера в свою особенность.** В то время как на сознательном уровне большинство людей принимают неизбежность конечности своей жизни, глубоко в душе они могут лелеять иррациональную веру в собственное бессмертие и неприкосновенность. Если этот защитный механизм недостаточно хорошо развит или отсутствует, у людей могут развиваться такие клинические синдромы, как маниакальный героизм, «трудоголизм», отсутствие ощущения времени, самовлюбленность, стремление к власти и контролю. Обращение к психотерапевтам чаще всего связано с тем, что по какой-либо причине эти синдромы перестают выполнять свои задачи (например, в силу потери работы, власти и т. п.).

В основе механизма **веры в спасителя, который придет на помощь в последний момент,** лежит представление человека о том, что хотя с ним мо-

жет случиться что-то плохое, он не одинок в огромной равнодушной Вселенной и некий вездесущий служитель добрых сил в трудный момент придет на помощь и спасет его. Люди, использующие данный механизм защиты, могут ограничивать свою жизнь, попадая в психологическую зависимость от определенного человека (матери, жены, начальника и т. п.). Большинство людей не осознают эту веру до тех пор, пока она не дает сбой (например, когда у человека обнаруживается неизлечимая болезнь или когда объект привязанности умирает или психологически отдаляется).

Свобода прежде всего предполагает, что не существует никакой падежной основы, поддерживающей человеческое существование. Это порождает тревогу и страх, а также необходимость ответственности. Свободные люди ответственны не только за придание миру смысла, но и за свою жизнь, за свои действия и неудачи при совершении действий. Поэтому **второй экзистенциальный конфликт** — это конфликт между столкновением людей с отсутствием опоры и свободой и их стремлением к обретению основы и структуры.

Ялом отмечает, что в XX в. происходили достаточно быстрые распад и изменение моральных ценностей, что привело к их инфляции и релятивизации. В результате современное воспитание ставит слишком мало запретов, что неизбежно приводит к тому, что при появлении потребности выбирать у многих молодых людей возникает растерянность, так как они не знают, что и как надо выбирать. Они оказываются неготовыми к свободе, которой обладают, и уделяют меньшее внимание тому, что *должны* делать, перенося акцент на то, что они *хотят* делать. Живя в переходный период между старым и новым восприятием мира, многие люди не сумели научиться ни как желать, ни как проявлять волю и принимать решения, оставаясь последовательным и настойчивым в их реализации.

Механизмы защиты от тревоги, связанной со свободой, помогают индивидам избежать осознания своей ответственности за собственную жизнь. Осознание ответственности влечет за собой развитие состояния, в котором человек «осознает, что создал самого себя, свою судьбу, затруднительное положение, чувства и, если таковое имеет место, собственное страдание». Основной вид защиты — компульсивность или навязчивость, проявляющаяся в разных сферах жизни и деятельности.

Другие виды защиты от тревоги, связанной со свободой, представляют собой:

1) перенос ответственности на других (в том числе на психотерапевтов);

2) отрицание ответственности посредством изображения себя невинной жертвой или утраты контроля;

3) уклонение от автономного поведения;

4) патологические изъявления желаний.

В **изоляции** Ялом выделяет три формы. При наличии **межличностной изоляции,** часто переживаемой как одиночество, люди в различной степени отрезаны от других. Возникновение межличностной изоляции может быть

обусловлено недостаточным развитием социальных навыков, наличием психических отклонений, собственным выбором или необходимостью.

При наличии **внутриличностной изоляции** у людей заблокировано осознание частей самих себя или же люди как бы отделены от некоторых своих частей. Если межличностная изоляция может быть не связанной с патологией, то внутриличностная изоляция подразумевает патологию по определению.

В основе **экзистенциальной изоляции** лежит положение, согласно которому каждый человек вступает в мир, живет в нем и покидает его одиноким. В конечном счете существует непреодолимая пропасть между «Я» и другими. Ялом отмечает, что экзистенциальную изоляцию можно даже отнести к более фундаментальной форме изоляции, а именно к «отделению от мира». Соответственно третий **экзистенциальный конфликт** — это конфликт между осознанием людьми их фундаментальной изоляции и их желанием устанавливать контакты, искать защиту и существовать в качестве части большего целого.

Как показал в своем исследовании «футурошока» А. Тоффлер, большую роль в создании **межличностной изоляции** играют перемены в сфере культуры и технологий. Чем более промышленно развитой является та или иная страна, тем сильнее разрушение общинных связей. Вполне обычной стала ситуация, когда люди, живущие в соседних подъездах, совсем не знают друг друга, что еще 50 лет назад было трудно себе представить.

Возникновение **внутриличностной изоляции** обусловлено затруднениями и фрустрацией, которые имеют место на начальном этапе жизни и угрожают какому-либо жизненно важному аспекту чувства «Я», зарождающегося у индивида.

Экзистенциальная изоляция тесно связана с межличностной изоляцией. Многие люди не в состоянии развивать внутреннюю силу, чувство уверенности в себе и своей самобытности, которые позволили бы им противостоять экзистенциальной изоляции. Они никогда не ощущали подлинной, стимулирующей рост любви и не знают, как предложить ее другим. Если отношения психотерапевт—пациент, характеризующиеся преданностью и аутентичностью, помогают пациентам в противостоянии экзистенциальной изоляции и в примирении с ней, можно с уверенностью сделать вывод, что в прошлом пациенты испытывали недостаток в таких отношениях.

Используя **механизмы защиты от тревоги, связанной с изоляцией,** люди не относятся к другим как к самим по себе, а используют их для защиты себя. Так, одним из видов защиты людей от одиночества является попытка утвердить себя в глазах других. Такие люди существуют настолько, насколько являются частью сознания других и получают их одобрение. Поэтому часто под видом любви они скрывают свою неспособность любить. Но окружающим рано или поздно надоедает удовлетворять чужую потребность в самоутверждении.

Другой вид защиты от тревоги, связанной с изоляцией, — слияние с другим индивидом или группой. Вместо того чтобы противостоять своей изоляции или мириться с ней, люди чувствуют и думают, что они не одни, потому что они — часть других.

Кроме того, видом защиты от тревоги, связанной с изоляцией, является компульсивная сексуальность. Сексуально компульсивные люди обращаются со своими партнерами скорее как с объектами, чем как с людьми. Им не требуется время для того, чтобы близко сойтись с кем-либо. Серийные отношения таких людей похожи на карикатуры реального процесса.

Бессмысленность жизни приводит к возникновению **четвертого внутреннего экзистенциального конфликта** — конфликта между потребностью людей в смысле и безразличным миром, в котором нет никакого смысла. Многие факторы современной постиндустриальной культуры способствуют ослаблению ощущения смысла жизни у людей (по сравнению с их предками в доиндустриальном сельскохозяйственном мире).

Во-первых, сегодня, несмотря на некоторую моду на религиозность, большинство людей не имеют в своем мировоззрении такого сильного духовного измерения, которое привносило бы некий сакральный смысл в их жизнь. Во-вторых, урбанизация способствует ослаблению контакта с живой и неживой природой, что приводит к «сужению» и искусственности мышления. В-третьих, жители городов в основном проживают в безличных общинах. В-четвертых, многие современные люди отчуждены от своей работы и чувствуют, что участвуют в решении малоинтересных механических и рутинных задач. В-пятых, внимание современных людей меньше поглощают основные потребности (такие как получение продовольствия, крова и воды), удовлетворение которых необходимо для выживания. Находясь в большей безопасности и имея больше свободного времени, люди все чаще сталкиваются с пропастью бессмысленности. Время, которым располагают люди, представляет собой время, занятое решением проблем, которые связаны с поисками смысла жизни. Кроме того, в периоды экономических спадов многие люди оказываются лицом к лицу с безработицей, что также влечет за собой потерю смысла. Наконец, в-шестых, современные люди стоят перед возможностью мировых войн и глобального разрушения окружающей среды. Повседневный риск подобных событий приводит к развитию апатии и нигилизма.

Механизмы психологической защиты от бессмысленности также разнообразны. Это может быть все та же компульсивная деятельность (накопление денег, получение максимального удовольствия, абсолютной власти, полного признания, высшего статуса и т. п.), которая рано или поздно заканчивается сомнениями и разочарованием в ее результатах. Это могут быть проблемы, которые позволяют занять и структурировать время (например, хобби, споры, семейные ссоры, общественная и политическая деятельность, «самосовершенствование» и т. п.). Еще один вариант — уже упоминавшийся нами нигилизм, проповедуя который люди относятся с пренебрежением ко

всем источникам смысла, которые другие находят в своей жизни (например, к любви, альтруизму, религиозному служению и т. п.).

Таким образом, обобщая проведенное рассмотрение философско-психологических моделей экзистенциальной психотерапии, можно говорить о том, что экзистенциальная психотерапия — это скорее некоторый подход к рассмотрению человеческого существования, нежели строгая система психотерапевтических методов. Как пишет Л. Бинсвангер, «Психотерапия, основанная на экзистенциально-аналитическом подходе, исследует историю жизни пациента, не пытаясь объяснить ни ее самою, ни ее патологические проявления с помощью тех или иных психотерапевтических школ или предпочитаемых категорий. Вместо этого она понимает данную историю жизни как изменение всей структуры бытия пациента в мире» (цит. по: Экзистенциальная психология, с. 108). По большому счету экзистенциальные психотерапевты на всех без исключения людей смотрят как на пациентов.

Главная цель всех рассмотренных моделей экзистенциальной психотерапии — помочь пациентам научиться переживать свое существование как реальное. Любое психическое расстройство, будь это невроз или психоз, — это прежде всего подавление онтологического смысла, включающее в себя потерю ощущения бытия и уменьшение потенциала и глубины осознания. Поэтому любой симптоматический «курс лечения», являющийся отражением «механистического» взгляда на человека, рассматривается как вторичный и ограничивающий существование. Основной акцент делается на субъективном индивида, а также на аутентичных отношениях психотерапевт—пациент.

Исходя из этого, все экзистенциальные психотерапевты стремятся помочь пациентам понять их внутренние конфликты с учетом наличия экзистенциальных проблем, понимание которых, в свою очередь, зависит от той или иной философско-психологической модели психотерапевта. Поэтому экзистенциальные психотерапевты могут использовать самые разнообразные методы и техники терапевтических интервенций, входящие в репертуар других психотерапевтических направлений (от классической кушетки до поведенческого тренинга), если эти интервенции совместимы с основной экзистенциальной структурой.[147]

С определенной долей условности можно утверждать, что концепция Ялома во многом является синтетической по отношению к большинству рассмотренных моделей, т. е. в той или иной степени включает большинство из затронутых проблем и применяемых методов. Поэтому, переходя к рассмотрению конкретных методов и техник экзистенциальной психотерапии, мы воспользуемся для их рассмотрения его схемой.

[147] Р. Мэй писал по этому поводу: «Выбирая технику, следует опираться на следующие вопросы: что раскроет существование данного пациента в данный момент его истории наилучшим образом? Что лучше всего осветит его бытие-в-мире?».

Методы и техники экзистенциальной психотерапии.

Напомним, что И. Ялом определял экзистенциальную психотерапию как психодинамический подход. Сразу же необходимо отметить, что существуют два важных различия между экзистенциальной и аналитической психодинамикой. Во-первых, экзистенциальные конфликты и экзистенциальная тревога возникают вследствие неизбежной конфронтации людей с предельными данностями бытия: смертью, свободой, изоляцией и бессмысленностью.

Во-вторых, экзистенциальная динамика не подразумевает принятия эволюционной или «археологической» модели, в которой «первое» является синонимом «глубокого». Когда экзистенциальные психотерапевты и их пациенты проводят углубленное исследование, они не сосредоточиваются на повседневных беспокойствах, а размышляют об основных экзистенциальных проблемах. Кроме того, экзистенциальные подходы также могут быть использованы для решения проблем, связанных со свободой, ответственностью, любовью и творческим потенциалом.[148]

В связи со сказанным экзистенциальная психотерапия в основном ориентирована на долгосрочную работу. Однако элементы экзистенциального подхода (например, акцент на ответственности и аутентичности) могут быть включены и в относительно краткосрочную психотерапию (например, связанную с работой с посттравматическими состояниями).

Экзистенциальная психотерапия может проводиться как в индивидуальной, так и в групповой форме. Обычно группа состоит из 9-12 человек. Преимущества групповой формы состоят в том, что пациенты и психотерапевты получают более широкую возможность наблюдать искажения, возникающие при межличностном общении, неадекватное поведение и корректировать их. **Групповая динамика** в экзистенциальной терапии направлена на выявление и демонстрацию того, как поведение каждого члена группы:

1) рассматривается другими;

2) заставляет других чувствовать;

3) создает у других мнение о нем;

4) влияет на их мнение о самих себе.

Наибольшее внимание и в индивидуальной, и в групповой формах экзистенциальной психотерапии уделяется качеству **отношений психотерапевт—пациент.** Эти отношения рассматриваются не с точки зрения трансфера, а с позиций ситуации, сложившейся у пациентов к настоящему времени, и опасений, мучающих пациентов в данный момент.

Экзистенциальные терапевты описывают свои отношения с пациентами с помощью таких слов, как **присутствие, аутентичность** и **преданность.** В индивидуальном экзистенциальном консультировании участвуют два реальных человека. Экзистенциальный психотерапевт — не призрачный «отража-

---

[148] И. Ялом пишет, что психотерапевтические подходы «отражают патологию, которую с их помощью можно излечивать, и формируются этой патологией».

тель», а живой человек, который стремится попять и ощутить бытие пациента. Р. Мэй полагает, что экзистенциален любой психотерапевт, который, несмотря на имеющиеся у него знания и умения, может относиться к пациенту так же, как, говоря словами Л. Бинсвангера, «одно существование относится к другому».

Экзистенциальные психотерапевты не навязывают пациентам собственных мыслей и чувств и не используют контрпереноса. Это связано с тем, что пациенты могут прибегать к различным способам провоцирующего подключения психотерапевтов, которое позволяет им не обращаться к собственным проблемам. Ялом говорит о важности неявных «вливаний». Речь идет о тех моментах психотерапии, когда терапевт проявляет не только профессиональное, но и искреннее, человеческое участие к проблемам пациентов, тем самым иногда превращая стандартную сессию в дружескую встречу. В своем исследовании конкретных случаев («Каждый день немного сближает») Ялом рассматривает подобные ситуации как с позиции психотерапевта, так и с позиции пациента. Так, он был поражен, узнав, какое большое значение одна его пациентка придавала таким мелким личным деталям, как теплые взгляды и комплименты по поводу того, как она выглядит. Он пишет, что для установления и поддержания хороших отношений с пациентом психотерапевту необходима не только полная включенность в ситуацию, но и такие качества, как неравнодушие, мудрость и умение максимально включаться в психотерапевтический процесс. Психотерапевт помогает пациенту «будучи заслуживающим доверия и заинтересованным; ласково присутствуя рядом с этим человеком; веря, что их совместные усилия приведут в конечном счете к исправлению и исцелению».

Главной целью психотерапевта является установление аутентичных отношений в интересах пациента, поэтому вопрос **самораскрытия психотерапевта** является одним из главных в экзистенциальной психотерапии. Экзистенциальные психотерапевты могут раскрывать себя двумя способами.

Во-первых, они могут рассказывать своим пациентам о собственных попытках примирения с предельными экзистенциальными беспокойствами и сохранения лучших человеческих качеств. Ялом считает, что он совершал ошибку, слишком редко прибегая к самораскрытию. Как он отмечает в «Теории и практике групповой психотерапии» (Ялом, 2000), всякий раз, когда он делился с пациентами значительной долей собственного «Я», они неизменно извлекали из этого пользу для себя.

Во-вторых, они могут использовать сам процесс психотерапии, а не фокусировать внимание на содержании сессии. Это использование мыслей и чувств, касающихся того, что происходит «здесь и сейчас», с целью улучшения отношений психотерапевт—пациент.

В течение ряда психотерапевтических сессий пациентка А. демонстрировала поведение, которое сама расценивала как естественное и спонтанное, а другие участники группы оценивали его как инфантильное. Она всячески выказывала активность и готовность работать над собой и помогать другим,

подробно и красочно описывала свои ощущения и эмоции, охотно поддерживала любые темы групповой дискуссии. При этом все это носило полуигривый-полусерьезный характер, позволявший одновременно и давать какой-то материал для анализа, и уходить от более глубокого погружения в него. Психотерапевт, предполагая, что такие «игры» могут быть связаны со страхом приближения к смерти, спросил, зачем она пытается быть то взрослой опытной женщиной, то маленькой девочкой. Ее ответ потряс всю группу: «Когда я была маленькой, мне казалось, что между мной и чем-то плохим в жизни стоит моя бабушка. Потом бабушка умерла и на ее место встала моя мама. Потом, когда умерла мама, между мной и плохим оказалась старшая сестра. И теперь, когда сестра живет далеко, я вдруг осознала, что между мной и плохим больше нет преграды, я стою к нему лицом к лицу, а для своих детей я сама являюсь такой преградой».

Кроме этого, ключевыми процессами терапевтических изменений, согласно Ялому, являются воля, принятие ответственности, отношение к терапевту и вовлеченность в жизнь. Рассмотрим их на примере работы с каждой из базовых тревог.

Работа с осознанием смерти.

Изучение людей, побывавших в экстремальных ситуациях, переживших опыт клинической смерти, а также хронических больных неопровержимо свидетельствует, что *углубление осознания смерти может вести к более высокой оценке жизни.* Ситуация близости к смерти вызывает у людей самые разнообразные реакции. Многие пытаются отрицать этот факт. Другие впадают в панику, апатию или бесплодные размышления («Почему именно я?», «Что в жизни я сделал неправильно и как это можно исправить?»). Третьи начинают мстить всем здоровым людям или просто тем, кто может пережить их самих. Другие люди активизируют средства психологической защиты, искажая реальность, но благодаря этому более-менее спокойно воспринимают информацию, касающуюся смерти.

Поэтому важно заранее подготовить к этому любого человека и научить его использовать свои болезни как возможность для личностного роста. Осознание уникальности и конечности человеческой жизни приводит к «невыносимой легкости бытия» — переоценке ценностей, акцепту на настоящем моменте, более глубокому и полному переживанию искусства, установлению близких и искренних контактов со всеми людьми, а не только с родственниками и знакомыми, пониманию относительности человеческих страхов и желаний, установлению более тесного контакта с природой. Поэтому углубление осознания смерти может также вызывать радикальный сдвиг у пациентов, которые не являются неизлечимо больными.

Одну из групп личностного роста участница Е. начала с озвучивания проблемы испортившихся вне группы отношений с участницей С., с которой некоторое время у Е. была достаточно крепкая дружба. По мнению Е., это было связано с отчуждением и антипатией, возникшей у С. в связи с давлением не-

которых их общих знакомых, с которыми Е. находится в напряженных взаимоотношениях. Группа, состоявшая преимущественно из студентов-психологов, охотно занялась исследованием поставленной проблемы, достаточно быстро обнаружив, что практически во всех взаимоотношениях Е. с женщинами наблюдается один и тот же сценарий — невозможность длительное время поддерживать теплые дружественные отношения. Эта тема как в более широком контексте (женское соперничество), так и применительно к Е. вызвала достаточно сильные эмоциональные реакции в группе. На протяжении всего обсуждения у Е. несколько раз беззвучно текли слезы, однако на внимание к ним окружающих она отвечала просьбой «не обращать внимания», так как они текут «просто так», за ними «ничего не стоит» и с ней «в последнее время такое часто бывает». Фасилитатор предложил, чтобы, когда в следующий раз они потекут и с ними будут связаны эмоции, о которых Е. сможет сказать на группе, пусть она подаст знак — например, топнет ногой. И через несколько минут задал вопрос: «Е., а что происходит в вашей жизни сейчас?» Последовавший за этим взрыв эмоций страха, обиды, печали потряс всю группу: оказалось, что уже около месяца Е. каждый час ожидает известия о смерти единственного оставшегося близкого человека, матери, страдающей тяжелым онкологическим заболеванием. Группа, до этого достаточно активно пытавшаяся помочь Е.

решить заявленную ею проблему, испытала шок, чувство вины и попыталась, в силу имеющихся возможностей, поддержать ее. Осознание ежеминутной близости смерти привело к тому, что практически в самом конце группы, уже при подведении ее итогов, одна из участниц, Ж., рассказала о том, что у нее, возможно, онкологическое заболевание и что из-за страха и нежелания жить дальше она ничего не делает для его дальнейшей диагностики и терапии. Последовавший за этим целый ряд рассказов о близком или аналогичном опыте в тот раз не убедил ее обратиться к специалистам. Однако на следующей группе она рассказала о своем «тайном» походе в больницу и последовавших за этим чувствах как облегчения, так и разочарования. Это позволило группе сосредоточиться не только на обсуждении проблем смерти, но также смысла жизни и ответственности за воплощение этого смысла в жизнь.

Ялом рекомендует исходить из следующего положения — тревога, связанная со смертью, обратно пропорциональна удовлетворенности жизнью. Углубление осознания неизбежности смерти может усиливать беспокойство, но психотерапевт должен стремиться не анестезировать тревогу пациентов, а помогать им примиряться с ней и использовать ее конструктивно.

Техника «разрешения терпеть» состоит в том, чтобы дать пациентам понять, что обсуждение проблем, связанных со смертью, высоко ценится в консультировании. Это может быть сделано посредством проявления интереса к самораскрытию пациентов в данной области, а также посредством поощрения их самораскрытия. Кроме того, психотерапевтам не следует поддерживать у пациентов отрицание смерти. Наоборот, необходимо активно способ-

ствовать тому, чтобы эти вопросы оставались «на виду». Для этого психотерапевт сам должен быть устойчивыми к собственной тревоге, связанной со смертью.

Слушая рассказ одного пациента о важности и ответственности той работы, которой он занимается, психотерапевт внезапно попросил его остановиться и прислушаться, а затем сказать, что он слышит. «Тиканье часов, которые висят у вас на стенке», — недоуменно ответил пациент. «Верно, — подтвердил психотерапевт. — Только это не просто часы: они отмеривают время. Время, которое отпущено нам на сегодняшнюю встречу. А еще время, которое в целом отпущено нам на жизнь. У каждого оно разное и зависит от генетики, образа жизни, воли к жизни и еще массы других факторов. Но в одном оно похоже — его нельзя рассчитать и повернуть вспять. А теперь подумайте, действительно ли важность и престижность той работы, которой вы занимаетесь, — это те значимые вещи, ради которых вы готовы потратить столько своего личного времени?»

Техника работы с защитными механизмами состоит в идентификации неадекватных механизмов защиты и их отрицательных последствий. Психотерапевты стараются помочь пациентам скорее признать, что они будут жить не вечно, нежели отрицать смерть. Экзистенциальным психотерапевтам требуются такт, настойчивость и умение правильно выбирать время для того, чтобы помогать пациентам идентифицировать свои по-детски наивные взгляды на смерть и изменять их.

Техника работы со сновидениями заключается в том, что экзистенциальные психотерапевты побуждают пациентов рассказывать о своих сновидениях. Так как в сновидениях (особенно в кошмарах) могут в неподавленном и неотредактированном виде проявляться подсознательные темы, в них часто присутствуют и темы смерти. Поэтому обсуждение и анализ сновидений проводятся с учетом экзистенциальных конфликтов, имеющих место у пациентов в данный момент. Однако пациенты не всегда готовы иметь дело с материалом, представленным в их сновидениях.

Ялом (Ялом, 1997, с. 240-280) приводит случай Марвина, пожилого мужчины 64 лет. Один из его ночных кошмаров состоял в следующем: «Двое мужчин, очень высоких, бледных и худых. В полном молчании они скользят по темному полю. Они одеты во все черное. В высоких черных шляпах трубочистов, длинных черных пальто, черных гетрах и ботинках, они напоминают викторианских гробовщиков или лакеев. Внезапно они подходят к коляске, где лежит маленькая девочка, завернутая в черные пеленки. Ни произнося ни слова, один из мужчин начинает толкать коляску. Проехав короткое расстояние, он останавливается, обходит коляску вокруг и своей черной тростью, у которой теперь добела раскаленный наконечник, разворачивает пеленки и медленно вводит белый наконечник в вагину младенца».

Ялом дал следующую интерпретацию этого сна: «Я стар. Я в конце своего жизненного пути. У меня нет детей, и я встречаю смерть, полный страха. Я задыхаюсь в темноте. Я задыхаюсь от этого молчания смерти. Мне кажется,

что я знаю способ. Я пытаюсь проткнуть эту черноту своим сексуальным талисманом. Но этого недостаточно».

Впоследствии, когда Ялом попросил Марвина рассказать, какие ассоциации возникли у него в связи с его сновидением, тот ничего не сказал. Когда Марвина затем спрашивали, как он переработал все возникавшие у него в воображении образы смерти, Марвин предпочитал рассматривать свой ночной кошмар с точки зрения скорее секса, чем смерти.

Техника напоминания о недолговечности (бренности) существования. Психотерапевты могут помогать пациентам идентифицировать тревогу, связанную со смертью, и справляться с ней посредством «настройки» пациентов на признаки смертности, которые являются частью нормальной жизни (так, смерть близких может быть мощным напоминанием о личной смертности; смерть родителей означать, что теперь очередь следующего поколения; смерть детей может вызвать ощущение бессилия в связи с осознанием космического безразличия). Кроме того, столкнуть пациентов лицом к лицу с собственной уязвимостью может серьезная болезнь.

Также осознание смертности напоминает о себе в переходные периоды жизни. Наибольшее значение имеют переход от юности к взрослой жизни, установление постоянных отношений и связанное с этим принятие на себя соответствующих обязательств, уход из дома детей, супружеское разобщение и развод. В среднем возрасте многие пациенты начинают глубже осознавать смерть, поняв, что теперь они не взрослеют, а стареют. Кроме того, потеря работы или неожиданное возникновение опасности крушения карьеры могут сделать осознание смерти гораздо более глубоким.

В повседневной жизни человек постоянно сталкивается с напоминаниями о ходе времени. Физические признаки старения, например появление седых волос, морщин, пятен на коже, уменьшение гибкости суставов и выносливости, ухудшение зрения — все это разрушает иллюзию постоянной молодости. Встречи с друзьями детства и юности показывают, что все стареют. Часто дни рождения и различные годовщины порождают экзистенциальную боль наряду с радостью или вместо нее, так как эти даты являются вехами процесса старения.

Техника использования вспомогательных средств для углубления осознания смерти состоит в том, что пациента просят написать собственный некролог или заполнить анкету с вопросами, которые касаются тревоги, связанной со смертью. Кроме того, психотерапевты могут предложить пациентам пофантазировать на тему своей смерти, воображая «где», «когда» и «как» они ее встретят и как пройдут их похороны. Ялом описывает два способа заставить пациентов взаимодействовать со смертью: наблюдение за неизлечимо больными людьми и включение в группу пациентов неизлечимого онкологического больного.

К этой технике близка техника **уменьшения сензитивности к смерти.** Психотерапевты могут помогать пациентам справляться с ужасом смерти,

многократно вынуждая их испытывать этот страх в уменьшенных дозах. Ялом отмечает, что, работая с группами, состоящими из онкологических больных, он часто видел, что страх смерти у этих больных постепенно уменьшается благодаря всего лишь получению повой подробной информации.

Интересный пример **смысловой переоценки смерти** приводит В. Франкл. К нему обратился пожилой врач, два года пребывавший в депрессии по поводу смерти своей жены. «Как я мог помочь ему? Что мне ему сказать? Так вот, я не стал говорить ничего, а вместо этого поставил вопрос: "Что произошло бы, доктор, если бы вы умерли первым, а вашей жене пришлось бы пережить вас?" — "О, — сказал он, — для нее это было бы ужасно, как бы она страдала!" Тогда я откликнулся: "Видите, доктор, она избежала этих страданий, и именно вы избавили ее от них, но вы должны платить за это тем, что пережили и оплакиваете ее". Он не ответил ни слова, но пожал мне руку и спокойно покинул мой кабинет».

Работа с ответственностью и свободой.

При наличии у пациентов предельного беспокойства, связанного со свободой, психотерапевты сосредоточиваются на повышении осознания пациентами их ответственности за свою жизнь и на оказании пациентам помощи во взятии на себя этой ответственности.

Техника определения видов защиты и способов уклонения от ответственности заключается в том, что психотерапевты могут оказывать пациентам помощь в понимании функций определенных видов их поведения (например, компульсивности) как уклонения от ответственности за выбор. Кроме того, психотерапевты могут совместно с пациентами анализировать их ответственность за собственные несчастья и, если необходимо, ставить пациентов лицом к лицу с этой ответственностью.

Вера Галч и Морис Темерлин на основе анализа аудиозаписей психотерапевтических сессий собрали коллекцию конфронтирующих интервью, направленных на рост осознания ответственности. Они приводят пример, когда один мужчина горько и пассивно жаловался, что его жена отказывается от сексуального контакта с ним. Терапевт прояснил скрытый выбор замечанием: «Но это должно вам нравиться, ведь вы так долго женаты!» В другом случае домохозяйка сетовала: «Я не могу справиться со своим ребенком, все, что он делает, — сидит и смотрит целый день телевизор». Терапевт сделал скрытый выбор явным с помощью следующего замечания: «А вы слишком малы и беспомощны, чтобы выключить телевизор». Импульсивный, склонный к навязчивостям мужчина кричал: «Остановите меня, я боюсь, что покончу с собой». Терапевт сказал: «Я должен остановить вас? Если вы действительно хотите покончить с собой — по-настоящему умереть, — никто не может вас остановить, кроме вас самого». Один терапевт в разговоре с мужчиной пассивного, орально-зависимого склада, который полагал, что причина его раз-

лада с жизнью заключается в безответной любви к женщине старше его, начал петь: «Бедный маленький ягненок, он заблудился».

Суть этой техники заключается в том, что, когда пациент жалуется на неблагоприятную ситуацию, сложившуюся в его жизни, терапевт интересуется тем, как пациент создал эту ситуацию. Кроме того, терапевт может сосредоточить внимание на том, как пациент использует «язык уклонения от ответственности» (например, часто люди говорят «я не могу» вместо «я не хочу»).

Техника идентификации уклонения от ответственности акцентирует внимание на отношениях психотерапевт—пациент. Психотерапевты ставят пациентов лицом к лицу с их попытками перенести на психотерапевтов ответственность за то, что происходит в рамках психотерапии или вне ее. Для этого очень важно осознание психотерапевтом своих собственных чувств относительно пациентов, помогающих идентифицировать эмоциональные реакции у пациентов.

Многие клиенты, обращающиеся за психотерапевтической помощью, ждут, что терапевт проделает за них всю необходимую терапевтическую работу. Мотивации таких ожиданий могут быть самыми разнообразными, начиная от «Вам лучше, вы более сильный, у вас более выгодная ситуация» и закапчивая «Вы этому учились, это ваша профессия, я вам за это деньги плачу». Воздействуя таким образом на разные чувства психотерапевта (вину, совесть, добросовестность и т. п.), пациент перекладывает груз ответственности за происходящие с ним изменения на плечи психотерапевта.

В студенческой учебной группе участница А. на все попытки помощи и поддержки как со стороны фасилитатора, так и со стороны других участников группы отвечала приблизительно одними и теми же словами: «Не знаю... Возможно, это и так... По крайней мере, **вы** это так видите...». Чувствуя, что позиция такого пассивного противостояния стала для нее привычной, и избегая провокационного соскальзывания в поучение, психотерапевт рассказал ей анекдот: «Поздно вечером женщина идет по темной пустынной улице. Вдруг слышит позади тяжелые мужские шаги. Не оборачиваясь, она ускоряет шаг. Шаги тоже становятся чаще. Она бежит — преследователь бежит вслед за ней. В конце концов она забегает в какой-то двор и понимает, что выхода нет. Тогда она смело разворачивается к преследователю и громко кричит: "Ну и что вы хотите от меня?", на что преследователь спокойно отвечает: "Не знаю, это ваш сон"». Несмотря на то что пациентка агрессивно отреагировала на этот анекдот, в дальнейшем его последняя фраза послужила хорошим «маркером» для идентификации уклонений. Как только А. начинала чего-либо требовать от психотерапевта и группы или в чем-либо их обвинять, ей сразу же напоминали: «Но это ведь твой сон».

Техника столкновения с ограничениями реальности. Поскольку в жизни любого человека периодически возникают объективно неблагоприятные ситуации, эта техника направлена на изменение точки зрения пациента. Такое изменение имеет несколько разновидностей.

Во-первых, психотерапевт может помочь определить те жизненные сферы, на которые пациент в силах продолжать влиять, несмотря на возникшие ограничения. Так, например, изменить факт тяжелого заболевания не в силах никто, но только от человека зависит, занять ли ему по отношению к этому факту позицию пассивной жертвы или попытаться найти аристос — «наилучшее в данной ситуации» (классические примеры — «настоящий человек» А. Маресьев, цирковой артист В. Дикуль и т. п.).

Во-вторых, психотерапевты могут изменить существующую установку по отношению к тем ограничениям, которые изменить нельзя. Речь идет как о принятии существующей в жизни несправедливости, так и о рефрейминге по типу «если не можешь поменять ситуацию, поменяй свое отношение к ней».

В. Франкл проиллюстрировал этот вид изменений следующим анекдотом: «Во время Первой мировой войны военный врач-еврей сидел в окопе вместе со своим другом неевреем, полковником из аристократов, когда начался массированный обстрел. Поддразнивая его, полковник сказал: "Вы ведь боитесь, не так ли? Это лишнее доказательство превосходства арийской расы над семитской", — "Разумеется, я боюсь, — ответил доктор, — но кто обладает превосходством? Если бы вы, дорогой полковник, боялись так, как я, вы бы уже давно удрали"».

Техника противостояния экзистенциальной вине. Как уже отмечалось, в экзистенциальной психотерапии одной из функций тревоги считается призыв к совести. А одним из источников тревоги является вина, обусловленная неудачной реализацией потенциала.

Для того чтобы запустить психологическую работу с экзистенциальной виной в групповом формате, хорошо подходит модификация притчи из «Процесса» Ф. Кафки.

Один человек узнал о том, что где-то существует Замок, в котором царствует Закон, мудро распределяющий счастье и несчастья «по справедливости». Как и полагается, он отправляется в странствие и, износив положенное количество одежды и стоптав положенное количество башмаков, наконец находит его. Стражник, перед одними из бесчисленных ворот, приветствует путника, но сразу же объявляет, что пропустить его в данный момент не может. Когда человек пытается сам заглянуть в недра Замка, стражник предупреждает: «Если тебе не терпится, попытайся войти, не слушай моего запрета. Но знай, могущество мое велико. А ведь я только самый ничтожный из стражей. Там, от покоя к покою, стоят стражники один могущественнее другого. И с каждым из них тебе придется сразиться».

Тогда человек решил подождать, пока ему либо разрешат войти, либо придет кто-то другой, готовый сразиться со страшными и могущественными стражниками. Иногда он подолгу беседовал с первым стражником на разные темы. Периодически он пытался подкупить стражника разнообразными взятками. Тот брал их, но все равно не пропускал, объясняя свои действия так: «Я делаю это, чтобы ты не терял надежду».

В конце концов человек состарился и, чувствуя, что умирает, попросил стражника исполнить его последнюю просьбу — ответить на вопрос: «Ведь все люди стремятся к Закону, как же случилось, что за все эти долгие годы никто, кроме меня, не требовал, чтобы его пропустили?». Тогда стражник крикнул в ответ (так как человек уже плохо слышал): «Никому сюда входа нет, эти врата были предназначены для тебя одного! Теперь я пойду и запру их».

Существует различие между виной за плохой выбор, сделанный в прошлом, и виной, связанной с отказом делать новый выбор. Пока пациенты продолжают вести себя в настоящем так, как они это делали в прошлом, они не могут простить себе выбор, сделанный в прошлом.

Это хорошо иллюстрирует одна буддийская притча. Однажды двое монахов шли по узкой горной дороге и на одном из поворотов встретили девушку, стоящую перед огромной лужей. Первый монах спокойно прошел мимо, а второй молча подошел к ней, взял на плечо, перенес через лужу и пошел дальше. Уже вечером, подходя к стенам монастыря, первый монах нарушил традиционное молчание: «Наш устав запрещает прикасаться к женщинам». На что второй монах ответил: «Я пес ее только три минуты, а ты несешь ее уже который час».

Техника высвобождения способности хотеть. Испытывать желания невозможно без контакта со своими чувствами. Поэтому для понимания истинных желаний человека экзистенциальные психотерапевты работают с подавленными и вытесненными аффектами, блокирующими желания. При этом, в отличие от других методов психотерапии, они стараются избегать драматических глобальных прорывов, поскольку их (прорывов) воздействие, как правило, кратковременно. Вместо этого, в пределах контекста аутентичных отношений, экзистенциальные психотерапевты постоянно пытаются ответить на вопрос «Что вы чувствуете?» и «Чего вы хотите?», тем самым исследуя источник и природу блоков пациентов и лежащие в основе этих блоков чувства, которые пациенты стараются выразить.

Техника фасилитации принятия решений состоит в том, что экзистенциальные психотерапевты побуждают пациентов осознавать, что каждому действию предшествует решение. Поскольку при принятии решения исключаются альтернативы, решения — это своего рода пограничные ситуации, в которых люди создают себя сами. Многие пациенты парализуют свою способность принимать решения посредством вопросов, начинающихся со слов «Да, но...» или «Что, если...» (например, «Что, если я потеряю работу и не смогу найти другую?»). Психотерапевты могут помогать пациентам исследовать разветвления каждого вопроса «что, если...» и анализировать чувства, которые индуцируются этими вопросами. Психотерапевты могут побуждать пациентов активно принимать решения таким образом, что принятие решения будет способствовать активизации у них собственной силы и ресурсов.

В ситуации, когда пациент поставлен перед необходимостью принятия решения, но всеми способами пытается переложить это решение на психоте-

рапевта, терапевт может рассказать еще одну восточную притчу. Однажды одна женщина, жившая в отдаленном селении и слывшая там самой мудрой, узнала, что через это селение пройдет Ходжа Насреддин. Опасаясь за свой авторитет, она решила испытать его мудрость. Когда он вошел в деревню, она подошла к нему с маленькой птичкой, зажатой в руке, и во всеуслышание спросила: «Скажи, птица в моей руке жива или мертва?» Это был очень хитрый вопрос, так как если бы он ответил, что она жива, она бы покрепче сжала кулак и птица задохнулась. Если бы Ходжа ответил, что птица мертва, женщина бы разжала руку и птица улетела. «Все в твоих руках, женщина», — ответил ей Насреддин.

При необходимости экзистенциальные психотерапевты помогают пациентам проявлять волю. Одобрение психотерапевта позволяет пациентам учиться доверять своей воле и обретать уверенность в том, что они имеют право действовать.

Ялом рекомендует как можно чаще доводить до пациентов с подавленной волей следующие установки: «Только я могу изменить мир, который создал», «В изменении нет никакой опасности», «Чтобы получить то, чего я действительно хочу, я должен измениться», «Я в силах измениться».

Работа с изоляцией.

Техника конфронтирования пациентов с изоляцией. Психотерапевт может помочь пациенту понять, что в конечном счете каждый человек рождается, проживает жизнь и умирает в одиночестве. Это достаточно болезненно, так как разрушает все превозносимые культурой романтические образцы человеческих взаимоотношений. Тем не менее, как и смерть, осознание тотального одиночества существенно влияет на изменение качества жизни и взаимоотношений.[149] Исследуя свое одиночество, пациенты учатся определять, что они могут и что не могут получить от отношений.

Так, давая оценку проведенным группам, многие участники отмечают тот немаловажный для них факт, что, благодаря группам, они на некоторое время вырвались из обыденного окружения.

Кроме того, психотерапевт может предложить пациенту следующий эксперимент — на некоторое время отгородиться от окружающего мира и побыть в изоляции. После проведения этого эксперимента пациенты глубже осознают как ужас одиночества, так и масштабы своих скрытых ресурсов и степень своего мужества.

Техника идентификации механизмов защиты состоит в выявлении защит, которыми пользуются пациенты, чтобы справляться с противоречием между потребностью в принадлежности и фактом экзистенциальной изоляции.

[149] Недаром в работе «Искусство любви» Э. Фромм определяет способность быть в одиночестве как условие способности любить.

На одной из групп, которая была посвящена проблеме построения семейных отношений, присутствовали несколько человек с компульсивным поведением, проявлявшимся в повышенной влюбчивости, хронической безответной любви, частой смене объектов любви, формированием с ними отношений зависимости. Все попытки исследования стоящих за этим глубинных процессов разбивались об интеллектуальные защиты. Чтобы продемонстрировать, что за таким поведением стоят механизмы защиты от одиночества, психотерапевт рассказал следующую притчу.

«Жил одинокий и несчастный человек. И однажды его одиночество и отчаяние достигло такой степени, что он закричал Богу: "Господи, пошли мне прекрасную женщину!" Его вопль был настолько силен, что Бог услышал и обратил на него внимание. Бог спросил: "А почему не крест?" Человек рассердился: "Мне не жизнь надоела, я хочу найти красивую женщину и друга". Человек получил все, но вскоре стал еще более несчастным. Эта женщина стала болью в его сердце и камнем на его шее. И тогда он снова взмолился: "Господи, дай мне меч". Бог снова спросил: "А может, все-таки крест?" Но человек прокричал: "Эта женщина и так хуже любого креста. Пошли мне только меч!"

Бог послал меч, человек убил женщину, был схвачен и приговорен к распятию. И на кресте, молясь Богу, он громко смеялся: "Прости меня, Господи! Я не слушал Тебя, а ведь Ты спрашивал, не послать ли мне крест, с самого начала. Если бы я послушался, то избавился бы от всей этой ненужной суеты"».

Техника идентификации межличностной патологии. Приняв за критерий идеальную свободу от потребностей или «Я — Ты» отношения, можно определить способы уклонения пациентов от реальных отношений с другими. В какой степени пациенты относятся к другим людям как к объектам, служащим для удовлетворения их желаний и потребностей? Насколько они способны любить? Насколько хорошо они умеют выслушивать собеседников и раскрывать себя? Каким образом они удерживают людей на расстоянии? Психотерапевты могут учить пациентов «азбуке языка интимности», дающей навыки принятия и выражения чувств.

Использование отношений психотерапевт—пациент с целью выявления патологии. Экзистенциальные психотерапевты считают, что сосредоточенность исключительно на переносе мешает терапии, поскольку устраняет аутентичные отношения терапевт—пациент. Это связано с тем, что, во-первых, аналитическая парадигма устраняет реальность самих отношений, рассматривая их как некий ключ к пониманию прошлого опыта, а во-вторых, предоставляет психотерапевту рациональное основание для самозащиты. В свою очередь, неспособность к самораскрытию блокирует способность к искреннему и эмпатическому пониманию внутреннего мира другого. Самораскрытие психотерапевта (по типу описанной Р. Мэем *agape* — любви, преданной благу другого) позволяет пациенту делать шаг за шагом в сторону собственного раскрытия.

Исцеляющие отношения. Экзистенциальные психотерапевты стремятся развивать реальные отношения с пациентами. Хотя отношения психотерапевт—пациент и носят временный характер, опыт интимности может быть постоянным. Отношения психотерапевт—пациент могут способствовать самоутверждению пациентов, так как для них чрезвычайно важно, что кто-то, кого они уважают и кто *действительно* знает все их сильные и слабые стороны, принимает их. Психотерапевты, которым удалось установить глубокие отношения со своими пациентами, могут помочь им противостоять экзистенциальной изоляции. Кроме того, это помогает пациентам осознать свою ответственность за жизнь и складывающиеся в ней отношения.

Работа с бессмысленностью.

Техника переопределения проблемы. Когда пациенты жалуются на то, что «жизнь не имеет никакого смысла», они, похоже, допускают, что жизнь имеет смысл, который они не могут найти. Эта точка зрения близка к логотерапевтической позиции. Однако, согласно другим экзистенциальным подходам, люди скорее придают смысл, чем получают его. Поэтому экзистенциальные психотерапевты повышают осознание пациентами того, что в жизни нет никакого объективно присущего ей смысла, но люди ответственны за создание собственного смысла. Часто то, что относится к категории бессмысленности, лучше всего изучать в связи с другими предельными беспокойствами, связанными со смертью, свободой и изоляцией. Пример применения такой техники переопределения проблемы бессмысленности мы также можем найти в восточной притче. Так, одно сказание повествует, что однажды Ходжа Насреддин умер и попал на небеса в чудесный сад, где послушный джинн исполнял все его желания. Очень скоро Ходже это наскучило и он решил заняться какой-нибудь работой. Однако джинн запретил ему это делать. Тогда через некоторое время Насреддин стал проситься куда-нибудь в другое место, да хотя бы в ад. «А ты думаешь, где ты находишься?» — засмеялся джинн.

Техника определения видов защиты от тревоги бессмысленности. Экзистенциальные психотерапевты помогают пациентам лучше осознавать используемые ими виды защиты от тревоги бессмысленности. Прежде всего это связано с прояснением таких вопросов, как, в какой мере стремление к получению денег, удовольствия, власти, признания, статуса коренится в их неспособности противостоять экзистенциальной проблеме, связанной с бессмысленностью. Насколько человек вообще серьезно относится к жизни? Защита от бессмысленности может быть одной из причин того, что пациенты относятся к жизни несерьезно, создавая тем самым проблемы, от решения которых они сознательно или подсознательно стремятся уклониться.

Техника содействия пациентам в их более активном участии в жизни состоит в том, что психотерапевт исходит из предположения о врожденном желании пациента всегда участвовать в жизни. Эта техника может заключаться в том, что психотерапевты предлагают пациентам установить и под-

держивать аутентичные отношения в ходе психотерапии, что уже является их весомым вкладом в терапевтический процесс. Психотерапевты могут исследовать широкий диапазон надежд и целей пациентов, их системы убеждений, оценивать их способность любить и их попытки творчески выражать себя.

Отметим, что работа с бессмысленностью отличается от работы с другими предельными основаниями. В случаях со смертью, свободой и изоляцией психотерапевт организует процесс таким образом, чтобы пациент встретился с ними лицом к лицу. Однако когда дело касается бессмысленности, психотерапевт помогает отвернуться от вопроса, приняв решение о вовлеченности в жизнь.

Литература.

Бинсвангер Л. Феноменология и психопатология // Логос: Философско-литературный журнал. — № 3. — 1992 (1). — С. 125-135.

Бьюдженталь Дж. В поисках сущности бытия: Диалоги между терапевтом и пациентами в гуманистической психотерапии. — М., 1999.

Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта. — СПб., 2001.

Камю А. Бунтующий человек: Философия. Политика. Искусство / Пер. А. М. Руткевича. — М., 1990.

Кинг М., Цитренбаум Ч. Экзистенциальная гипнотерапия. — М., 1998.

Кьеркегор С. Наслаждение и долг / Пер. П. Ганзена. — Киев, 1994.

Кьеркегор С. Страх и трепет / Пер. Н. В. Исаевой и С. А. Исаева. — М., 1993.

Лэнг Р. Д. Расколотое «Я». — СПб., 1995.

Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб., 1998.

Руткевич А. М. От Фрейда к Хайдеггеру: Критический очерк экзистенциального психоанализа. — М., 1985.

Сартр Ж.-П. Бодлер / Пер. Г. К. Косикова // Ш. Бодлер. Цветы зла. Стихотворения в прозе. — М., 1993. — С. 449.

Тоффлер А. Футурошок. — СПб., 1997.

Франкл В. Человек в поисках смысла. — М., 1990.

Хайдеггер М. Бытие и время. — М., 1991.

Холл К. С., Линдсей Г. Теории личности / Пер. И. Б. Гриншпун. — М., 2000.

Эволюция психотерапии. Т. 3: «Let it be...»: Экзистенциально-гуманистическая психотерапия. — М., 1998.

Экзистенциальная психология. Экзистенция / Пер. М. Занадворова и Ю. Овчинниковой. — М., 2001.

Ялом И. Когда Ницше плакал. — М., 2001.

Ялом И. Лечение от любви и другие психотерапевтические новеллы / Пер. А. Б. Фенько. — М., 1997.

Ялом И. Мамочка и смысл жизни: Психотерапевтические истории. — М., 2002.

Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии / Пер С. В. Жужунавы и М. Р. Миронова. — СПб., 2000.

Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / Пер. Т. С. Драбкиной. — М., 1999.

Barnes H. Humanistic Existentialism: The Literature of Possibility. — Lincoln, 1959.

Spiegelberg H. Phenomenology in psychology and psychiatry. — Evanston, 1972.

Глава 8. Гештальт-терапия[150].

Фредерик Соломон Перлз (1893-1970).

Фредерик (Фриц) Соломон Перлз родился в Берлине. В автобиографической книге «Внутри и вне помойного ведра» свой жизненный путь Перлз описывает так: «От безвестного мальчика из еврейской семьи среднего класса к посредственному психоаналитику и далее — к сносному "творцу" нового метода лечения и выразителю жизненной философии, которая могла бы сделать кое-что для человечества» (Перлз, 1995, с. 8-9). В этой фразе весь Перлз: ироничный, саркастичный, с чувством собственного достоинства и в то же время с изрядной долей самокритики.

Фриц Перлз получил медицинское образование в области психиатрии. В 1926 г. он работал в Институте военных мозговых травм в Берлине под руководством К. Гольдштейна — представителя гештальт-психологии, идеи которой оказали значительное влияние на формирование будущей теории Перлза. В 1927 г. Перлз переехал в Вену, где изучал психоанализ, прошел личный психоанализ у В. Райха, работал вместе с Х. Дойч, К. Хорни, О. Фенichелом.

В 1933 г., после прихода к власти нацистов, Перлз эмигрировал в Нидерланды, а затем в Южную Африку, где основал Южно-Африканский институт психоанализа. В 1936 г. он приехал в Германию на психоаналитический конгресс и выступил с докладом, в котором содержались идеи, противоречившие ортодоксальному психоанализу. На конгрессе он встретился с З. Фрейдом, но их беседа прошла сухо и официально. Эту встречу с основателем психоанализа Перлз назвал одним из самых больших разочарований в своей жизни.

---

[150] Глава написана в соавторстве с Н. Н. Терещенко

В 1946 г. Перлз поселился в Нью-Йорке и окончательно порвал с психоанализом. В 1952 г. вместе с единомышленниками (П. Гудменом, Л. Перлз и др.) он основал Институт гештальт-терапии. В начале 1960-х гг. Перлз переехал в Калифорнию, где в Эзаленском институте проводил семинары, групповые занятия, демонстрации. В это время гештальт-терапия приобретала все большую популярность. В настоящее время это направление успешно развивается во Франции, Германии, США, республиках СНГ и в других странах, созданы многочисленные гештальт-институты, проводятся конференции различных уровней.

Введение.

Цель гештальт-терапии заключается в том, чтобы помочь человеку обрести самого себя, стать аутентичным. При этом понятие **аутентичности** является скорее не строгим научным концептом, а некоей метафорой, что приводит к трудностям его точного определения. Впрочем, таких «понятий» в теориях личности и психотерапии множество. Понять их только умом невозможно, так как они являются плодом психопрактики, связанной с особыми переживаниями. Поэтому следует не рассуждать, что есть аутентичность, а пребывать в процессе движения к ней. Вместе с тем существуют некоторые ключевые состояния, определяющие аутентичность, — подлинность, уникальность, способность быть самим собой и жить полной жизнью, стремление к своему неповторимому стилю жизни, который не копирует какие-либо авторитетные фигуры и не подражает им, и т. п. Метафора «аутентичности» перекликается с метафорой «чистого Я», существующего в психосинтезе и обозначающего самосознание собственной личности, независимой от всего внешнего. Эти определения можно бесконечно множить, и это свидетельствует о том, что «аутентичность» не является научным понятием, отвечающим канонам позитивистского знания, а представляет собой высшую экзистенциальную ценность, мировоззренческую категорию, стилевую характеристику жизни, характеристику особой субъективности. Поэтому передать «дух» гештальт-терапии так же трудно, как и определить, какого цвета ветер. Это особая задача, с которой справился Ф. Перлз. Когда он обучался у мастера дзэн-буддизма, тот попросил его разрешить коан (парадоксальную задачу, ответа на которую не существует в объективном знании): «Какого цвета ветер?». Перлз дунул мастеру в лицо, решив парадоксальную задачу. Как утверждает Фриц, учитель остался доволен.

Стремление к индивидуальности, целостности, к собственной неповторимости, уникальности личности составляет главную особенность гештальт-терапии, отличающую ее от других психотерапевтических направлений. Так, например, в психодраме и индивидуальной психологии А. Адлера акцент делается на развитии социальных связей личности, социального интереса, в клиент-центрированной психотерапии К. Роджерса — на полноте жизненных проявлений, на стремлении жить «полной грудью» в атмосфере любви, при-

нятия и теплых, понимающих, чистых, незамутненных никакими играми и манипуляциями отношений. Поэтому, вопреки распространенному представлению, «аутентичность» Перлза не является версией «полноты функционирования» Роджерса. Роджерс растворил Бога в межличностных отношениях, а Перлз просто отказался от него, не признавая никаких авторитетов. Наверное, поэтому, если вслушаться в слова так называемой «молитвы гештальт-терапевтов», кроме уверенности в себе и ответственности за себя можно услышать одиночество и обреченность. Вот эта «молитва»: «Я это Я, а ты это ты. Я делаю свое, а ты делаешь свое. Я живу в этом мире не для того, чтобы соответствовать твоим ожиданиям, а ты живешь в этом мире не для того, чтобы соответствовать моим. Я есть Я, а Ты есть Ты. И если нам случится найти друг друга — это прекрасно. Если нет, этому нельзя помочь».

Это девиз сильного человека, отказавшегося от Бога и, пожалуй, даже ставшего на его место. Фриц Перлз сказал «нет» духовной, моральной, финансовой помощи из любых источников, отказался от религии, философии и идеологии, стал свободным, ответственным за свою жизнь и... одиноким. Никто не обязан помогать, человек берет свою судьбу в собственные руки. В этом и состоит идея ответственности, основополагающая в творчестве Перлза. Свое увлечение дзэн-буддизмом Перлз объяснял так: «Дзэн привлекает меня как возможность религии без бога» (Перлз, 1995, с. 95).

Перлз характеризует психотерапевтический процесс как превращение «бумажных», «неживых» людей в реальных. Такой «бумажный», «ненастоящий» человек является продуктом западноевропейской цивилизации: он излишне озабочен поддержанием социального статуса, занят фантазиями о будущем и воспоминаниями о прошлом и не живет в настоящем, он чрезмерно рационален. Ему трудно «найти себя», свою самость, так как он «утонул» в гордыне и тщеславии, страхе, стыде и чувстве вины. Выход из такого положения вещей Перлз видел в том, чтобы довериться собственным чувствам, «прорваться» через блокаду ограничений и запретов, налагаемых на личность обществом, и обрести аутентичность.

Гештальт-терапия дает клиенту возможность уйти от социально-нормированных и социально-контролируемых чувств к подлинным, отказаться от стереотипов и клише, открыться новому опыту. Основная задача гештальт-терапевта состоит в том, чтобы «выбить» клиента из привычной жизненной позиции, которая позволяет ему спрятаться от реальности, помочь ему увидеть все многообразие жизненных выборов и стать свободным и ответственным за свою жизнь. В гештальт-терапии нет слова «должен», оно заменяется «хочу». Фраза «я должен так сделать» снимает ответственность за поступок, так как человек совершает что-либо под давлением долга; а фраза «я хочу так сделать» возвращает человека к свободному выбору. Это не гедонистическая вседозволенность, а шаг в направлении ответственности. Нельзя понимать гештальт-терапевтическое «хочу» как призыв к реализации любого возникающего желания, в данном случае затрагивается совсем другая проблематика. В гештальт-терапии под словом «хочу» понимается осознание

действия как принадлежащего, аутентичного индивиду, не индуцированного извне, в противоположность понятию «должен», обозначающему действие вынужденное, неаутентичное, связанное с внешними обстоятельствами.

Основную задачу психологии и психотерапии Перлз видел не в том, чтобы объяснить, *почему* возникла та или иная проблема, а в том, чтобы ответить на вопрос, *как* она переживается, какое влияние оказывает и т. п. Для ощущения полноты жизни человеку необходимо осознавание (не «осознание» как понимание, а «осознавание» как переживание, чувствование) настоящего во всех его измерениях. Подобную идею можно встретить у А. Минделла, который выделил первичный и вторичный процессы. Первичный процесс — это разговор, вербальное предъявление проблемы, чисто рациональное, знаемое, определенная интеллектуальная конструкция, представляющая проблему; вторичный процесс — это процесс, который сопровождает первичный и наличие которого вовсе не осознается человеком (клиентом). Например, человек, рассказывая о своей проблеме, меняет голос, позу, осанку, что-то делает руками (щиплет одной рукой другую, поглаживает палец одной руки ладонью другой, теребит обручальное кольцо и т. п.), покашливает, заметны вегетативные реакции (бледнеет, краснеет, потеет, кашляет и т. п.), испытывает телесный дискомфорт, боли и напряжение в теле. Главное, что клиент не только не связывает большую часть этих проявлений с проблемой, но и вообще не осознает их наличие. Вместе с тем такие вторичные проявления могут многое рассказать клиенту о его собственной проблеме — при условии, что он отважится на достаточно рискованное «путешествие в глубь себя». В этих вторичных проявлениях гораздо больше правды и подлинности, чем в словесных конструкциях, часто являющихся результатом защитных процессов. Человек строит мифологию о себе и своей жизни и верит в нее. На сеансах психотерапии клиенты нередко предъявляют мифы, которые достаточно удобны и привычны, от которых они не намерены отказываться. Именно поэтому в процессе психотерапии важнейшим фактором изменения является готовность клиента взять ответственность на себя.

Терапевтические сессии в гештальт-терапии отличаются эмоциональностью. Терапевт поощряет свободные выражения клиентом заблокированных чувств, причем как положительных, так и отрицательных. Вместе с тем этот вид психотерапии не может быть сведен к необходимости вызывать экстремальные эмоциональные переживания. Известный гештальт-терапевт Роберт Резник в одном из своих интервью (Резник, с. 11) сказал, что «гештальт-терапия без осознания, ассимиляции и интеграции, состоящая только из отреагирования эмоций, является "жаром без света", бесполезной тратой времени».

Таким образом, к расширению осознавания себя и окружающего мира «здесь и сейчас» приводят не вербальные конструкции, не выяснение инфантильных проблем и травм, а путешествие «в глубь себя», в глубину своих чувств, переживаний, ощущений тела, внутренних образов. Это путешествие не тождественно созерцанию и медитации, а предполагает активные действия

клиента, в том числе экспериментирование с собой и со своей жизнью. Понятие «здесь и сейчас» означает, что акцепт в терапии делается не на прошлом, как в классическом психоанализе, не на будущем, как в индивидуальной психологии А. Адлера, а на настоящем, на актуальном процессе. Но в то же время этот процесс включает в себя и прошлое, и будущее.

Теория терапии.

Теоретическими истоками гештальт-терапевтического направления считаются психоанализ, экзистенциальная философия, гештальт-психология и дзэн-буддизм. При этом необходимо отметить, что строгой философской гештальт-терапевтической концепции просто не существует. Сам Перлз относился к философии и научным теориям очень скептически. Основатель гештальт-терапии не имел классического гуманитарного образования, а его увлечения, в том числе и буддизмом, были недолгими и не слишком глубокими. Сталкиваясь с необходимостью признания и следования авторитетам, Перлз быстро охладевал к изучаемому направлению. Так, у мастера дзэн-буддизма он учился около двух месяцев, и одним из разочарований в буддизме стала необходимость «взывать и кланяться перед статуей Будды», что Перлз расценил как материализацию божества. Неудивительно, ведь, пожалуй, основной проблемой, разрешаемой в гештальт-терапии, является потеря личностью индивидуальности, подлинности из-за давления со стороны авторитетов, социальных догм и стандартов.

Перлз ввел в свою теорию термин, взятый из гештальт-психологии и давший название всему психотерапевтическому направлению — **гештальт.** Это понятие, относящееся к законам восприятия и обозначающее целостность и структурность, переносится на мотивационную сферу человека. Возникновение и удовлетворение потребности рассматривается как процесс возникновения и завершения гештальта. Каждая потребность стремится к своему удовлетворению-завершению, и если этого не происходит, нарушается весь процесс образования новых потребностей, так как неудовлетворенная потребность или незавершенный гештальт забирает энергию у организма, снова и снова пытаясь быть завершенным. Так, ребенок, недополучивший признания и похвалы от родителей, в своей взрослой жизни будет компульсивно совершать действия, направленные на получение признания (участвовать в конкурсах, добиваться высокого социального статуса и т. п.). При этом все другие потребности, например в теплых отношениях с людьми, творческом самоопределении, будут блокированы, так как неудовлетворенная потребность будет забирать всю энергию человека.

Кроме термина «гештальт» из гештальт-психологии было взято и представление об организме/поле окружающей среды. Психологические явления существуют только на границе контакта человека и окружающей его среды. Только из внешней среды человек может получить удовлетворение собственных физиологических и духовных потребностей. При взаимодействии с

полем окружающей среды организм осуществляет цикл контакта, включающий в себя следующие стадии: предконтакт, контакт, финальный контакт и постконтакт. На стадии предконтакта возникает потребность, на стадии контакта организм выбирает из среды объект, который может удовлетворить потребность, во время финального контакта исчезает граница между объектом и субъектом. В постконтакте организм отделяется от среды, ассимилирует приобретенный опыт, и, таким образом, цикл контакта завершается.

Представление о границе контакта определяет специфику взаимоотношений терапевта и клиента в гештальт-терапии. Здесь их встреча — это не встреча всезнающего и великого гуру с неопытным учеником, это экзистенциальная встреча двух людей. В связи с этим особое значение имеет то, что каждая из личностей выносит на границу контакта. Личность психотерапевта, его спонтанные реакции и действия становятся важнейшим элементом терапии. В гештальт-терапии терапевт имеет право говорить о своих чувствах, выносить на границу контакта любые эмоции, возникающие при взаимодействии с клиентом, более того, его чувства становятся одним из инструментов терапии.

То, что происходит на границе контакта между терапевтом и клиентом, имеет особую важность еще и потому, что неотреагированные эмоции, неразрешенные конфликты не остаются в прошлом, а живут в психике клиента «здесь и сейчас» в виде незавершенных гештальтов. Незавершенные ситуации повторяются и стремятся к завершению во всех «здесь и сейчас» ситуациях пациента, а следовательно, и в актуальной терапевтической ситуации. Например, человек, болезненно стремящийся к самоутверждению, будет пытаться доказать собственную значимость и на сеансе психотерапии. В таком случае ответная реакция терапевта на попытку манипуляции может помочь клиенту обратить внимание на то, какая потребность требует своего удовлетворения и что именно он выносит на границу контакта с окружающими его людьми, в том числе и с терапевтом.

Основной акцент гештальт-терапевтического процесса смещен на диалог клиента и терапевта, на происходящее «здесь и сейчас». Соглашаясь с психоаналитическими представлениями о том, что корни проблем пациента находятся в прошлом, в его детстве, основатель гештальт-терапии не считал необходимой интеллектуальную реконструкцию детской проблемы. Эта проблема живет в настоящем клиента, поэтому доступ к ней может произойти «здесь и сейчас». Например, если клиентка сообщает о том, что в детстве у нее были сложные отношения с бабушкой, которая чрезмерно ограничивала ее свободу, то одним из вариантов работы будет обсуждение этих отношений, рассмотрение биографического материала и т. п., другой же путь, основанный на принципе «здесь и сейчас» и принятый в гештальттерапии, — опереться на то, как эта проблема сказывается на состоянии клиентки в данный момент и проявляется в ее отношениях с терапевтом. Важно не то, что когда-то произошло, а то, как те или иные прошлые переживания сказываются в данный момент.

В гештальт-терапии нет усредненных критериев психологического здоровья. Человек, достигший аутентичности, обретает свободу выбора и становится лучшим экспертом для собственной личности. Перлз говорит о наличии так называемой мудрости тела, которая способствует поддержанию равновесия-гомеостаза и возникновению все новых и новых потребностей, создающих условия для личностного развития. «Мудрость тела» — это идеализированное метафорическое понятие, означающее стремление человека к наилучшему для себя состоянию, к принятию самого правильного решения. Мудрость тела, так же как и понятие самоактуализирующей тенденции, принятое в клиент-центрированной психотерапии К. Роджерса, прежде всего выражает уважение и доверие к личности, свойственные гуманистическим направлениям психотерапии.

Организм существует в динамической смене гомеостатического (равновесного) состояния, когда потребности удовлетворены и организм не нуждается в контакте, и неустойчивого, стремящегося к изменению состояния, когда какая-либо потребность актуализируется и возникает необходимость вступления в контакт с окружающей средой.

Для поддержания гомеостаза человеку необходимо осуществлять постоянный обмен с окружающей его средой: брать необходимое и отдавать избыточное. Чтобы удовлетворить возникающую потребность, ее необходимо осознать, построить четкую фигуру, на которой все остальные, прошлые и будущие, потребности станут фоном, и вынести ее на контактную границу. Например, для матери грудного ребенка весь смысл существования связан с уходом за ним, а другие потребности — в отдыхе, профессиональном росте, общении с друзьями и т. п. — уходят в фон.

Процесс формирования фигуры и фона является динамическим, так как для нормального, полноценного функционирования организма необходима постоянная смена потребностей. Так, после того как мать решила все проблемы с ребенком (накормила, постирала, уложила спать), возникает другая потребность, другая фигура — например, общение с мужем. Если гештальт не завершен и потребность не удовлетворена, то возникает опасность, что фигура станет ригидной, и в различных неадекватных ситуациях человек будет пытаться удовлетворить одну и ту же потребность. Например, человек, переживший обман со стороны близкого друга и не ассимилировавший такой опыт, начинает видеть подвох в любых отношениях с другими людьми. В этом случае фигурой становится человеческая непорядочность, в то время как искренность и бескорыстие окружающих его людей становятся фоном.

Следующим важнейшим принципом гештальт-терапии служит идея холизма, идея единства психической и телесной жизни человека *(body-mind split).* Проблему дихотомии души и тела Перлз разрешает следующим образом: он говорит, что умственная деятельность человека — это точно такая же деятельность, как и физическая, только происходит она с меньшими затратами энергии. Путем перевода активности из физической в умственную организм экономит энергию для того, чтобы использовать ее более рационально

и в более подходящих условиях. Например, когда человек гневается, его мышцы напрягаются, учащается сердцебиение, он готовится напасть на обидчика. Однако гнев может перейти в ментальную сферу (в терминологии Перлза — умственную деятельность), и тогда явных физических признаков гнева может и не быть, хотя это чувство сохранится и человек сможет обдумать возможные решения сложившейся ситуации. Следовательно, психическая и физическая деятельность являются проявлением одной и той же реальности — человеческого бытия. В психике нет ничего такого, что не имело бы отражения в теле человека. Поэтому работа с телом является одной из важных составляющих гештальт-терапии. Отметим, что сам Перлз проходил личную психотерапию у одной из ярких представительниц телесно-ориентированного направления Иды Рольф.

Особенность гештальт-терапии состоит еще и в том, что ответственность за результаты терапии лежит не только на терапевте, отвечающем за компетентность и профессионализм выполняемой работы, но и на самом клиенте. Как уже было отмечено, принятие ответственности за свою жизнь, за собственный выбор служит ключевым моментом становления личности в гештальт-терапии. Эта идея была заимствована из экзистенциональной философии, провозгласившей самоопределение и осознание одиночества единственным способом бытия в мире. На социальном уровне человек может быть вместе с другими людьми — иметь друзей, семью, родных, но на экзистенциальном уровне, перед лицом смерти и бессмысленности он обречен на одиночество, принятие которого является важной задачей, решаемой каждым из нас.

В заключение необходимо отметить, что, несмотря на большое количество книг по теории гештальт-терапии, в том числе и трудов самого Перлза, основатель этого направления весьма иронично относился к любого рода интеллектуальным словесным построениям, с помощью которых, по его мнению, люди прячутся от реальной жизни. Гештальт-терапия не обладает стройной, логичной теорией, а представляет собой форму практической работы, направленной на психотерапевтические изменения.

Генезис невроза.

Чтобы описать формирование невротических механизмов, Перлз использует метафору — популярную детскую сказку о голом короле. Как известно, все придворные и взрослые жители сказочной страны восхищались платьем короля, придумывали детали несуществующего наряда, подробно расхваливали его покрой и цвет. И только маленький мальчик, единственный в этом королевстве, кто доверял своим чувствам, воскликнул: «А король-то голый!» Перлз продолжает эту сказку следующим образом. Взрослые набросились на ребенка и принялись убеждать его, что платье на самом деле существует. Мальчик испугался и, чтобы не расстраивать и не злить взрослых, подчинился их мнению, перестал верить собственным чувствам, отказался от них.

Важно то, что нежелание выражать себя и свои чувства становится настолько привычным, что срабатывает даже тогда, когда исчезает внешний запрет на выражение чувств.

Такая история происходит в жизни каждого человека. Ребенок приходит в этот мир с открытым сердцем и подлинными чувствами. Однако общество, его стандарты и правила отучают человека доверять своим чувствам, полагаться на свое мнение. Вот одно из определений невротической личности, которое Перлз дал в книге «Гештальт-подход»: «Невротик — это человек, на которого слишком давит общество» (Перлз, 1996, с. 46). Отказываясь от собственных чувств, подчиняясь общественным требованиям, мы нарушаем контакт с внешним миром. Это происходит потому, что для того, чтобы вступать в контакт с внешним миром, необходимо четко осознавать границы между собой и миром, так как если нет границ, то нет и контакта.

Другая метафора, описывающая основные гештальт-терапевтические представления, — метафора капкана. Подобно тому как свободное дикое животное попадает в капкан, поставленный охотниками, человек попадает под запреты и ограничения со стороны общества. Чтобы освободиться из капкана, животное отгрызает себе лапу, а человек отказывается от тех чувств и эмоций, от тех частей собственной личности, которые не приемлются социумом: гнева, любви, секса, радости и т. п. И так же как животное, лишенное лапы, становится израненным и покалеченным, так и человек, потерявший часть личности, становится ограниченным в своих проявлениях и не может жить полной жизнью, быть самим собой.

В гештальт-терапии выделяются следующие невротические механизмы или, как их еще называют, механизмы сопротивления, механизмы прерывания контакта, которые, по сути, являются психологическими защитами. Необходимо отметить, что каждый из них первоначально служит вполне здоровым способом приспособления к окружающей среде, и только становясь привычными, стереотипными, они превращаются в дисфункциональные, невротические реакции.

Слияние (конфлюэнция). При включении механизма слияния человек перестает разграничивать «я» и «не-я», он находится в слиянии с окружающим миром. В такой ситуации невозможно определить, где собственные чувства и желания, а где чувства и желания другого, где я, а где ты. Так, в семьях бывает настолько близкая связь ее членов, что любые индивидуальные различия и проявления игнорируются, возникает недифференцированная семейная эго-масса.

Между тем каждый человек в своей жизни неоднократно попадает в слияние, которое не является патологическим. Например, грудной ребенок находится в симбиозе-слиянии с матерью, влюбленный человек — в слиянии со своим возлюбленным, творец — с создаваемым им произведением и т. д. Если же этот механизм становится стилевым, устойчивым способом поведения, то человек постоянно находится в ситуации отсутствия границ между собой и окружающим миром. Узнать такого человека можно по часто используе-

мому местоимению «мы». В групповой терапевтической работе такой клиент говорит от лица всей группы: «Мы не хотим говорить об этой проблеме, нам скучно». Слияние в «мы» — это бегство от ответственности, от необходимости принятия собственных решений. К патологическому слиянию приводит и тоталитарный режим управления, когда люди сливаются в однородную массу «мы», а их личные интересы повсеместно заменяются на общественные. Механизмом слияния объясняются желания людей вступать в различные общества (профессиональные, общественные, политические и т. п.). Основная психотерапевтическая работа с пациентами, находящимися в патологическом слиянии, связана с построением личных границ с окружающим миром с помощью процесса сепарации и индивидуации. В связи с этим пациент в гештальт-терапии обязан высказываться только от первого лица.

Интроекция. Для иллюстрации механизма интроекции Перлз проводит аналогию с процессом пищеварения. Человеку необходимо получать из внешней среды пищу, которую он пережевывает, переваривает, усваивает то, что ему необходимо, и отторгает ненужное и избыточное. Усвоенная пища становится частью организма. Если же кусок пищи проглочен без пережевывания и без желания есть, то нарушается весь процесс пищеварения.

Процесс психологической ассимиляции сходен с этим физиологическим процессом. Общественные нормы, моральные ценности, правила поведения, как и пища, являются частью внешнего мира, которую человек принимает в свой организм. И точно так же как непереваренная пища не может быть усвоена организмом, некритично воспринятые мысли и установки, «проглоченные целиком» (только потому, что это сказал авторитет, или это модно, или в это верит большинство), откладываются в клиенте тяжелым грузом. Такие установки будут жить внутри человека и управлять им, однако не будут ассимилированы и интегрированы в личность. Безоценочное принятие чужих чувств, установок, мыслей называется **интроекцией**.

В определенных жизненных ситуациях интроекция, как и другие защитные механизмы, может быть адаптивной формой поведения. Например, маленькому ребенку необходимо усвоить, что нельзя разговаривать с незнакомыми взрослыми на улице, что нельзя трогать оголенные провода и т. п.; студент перед экзаменом «проглатывает» огромное количество информации и получает оценку (однако всем известно, насколько «прочными» оказываются такие знания).

Так же как слияние, интроекция не позволяет осуществляться нормальному циклу контакта. Если при слиянии нет границы между организмом и средой, то при интроекции эта граница проходит внутри самого организма и им не осознается.

Так, клиент С., мужчина 35 лет, жаловался на нерешительность, замешательство в ситуациях, связанных с общением с противоположным полом.

Клиент С. Когда мне правится женщина, я начинаю говорить о какой-то ерунде, умничаю, много рассуждаю. При этом ужасно нервничаю, чувствую напряженность, скованность, какую-то нелепость ситуации...

Терапевт. Нелепость?

Клиент С. Да. Я пытаюсь быть умным, интересным, а в голове только мысли о том, что она мне нравится.

Далее в процессе психотерапии выяснилось, что у этого мужчины были серьезные проблемы с матерью. Она не принимала его, не интересовалась им. Ее поведение как бы говорило ему, что он не может быть интересен женщинам. Материнское отношение было интроецировано и определило поведение этого мужчины с женщинами.

Часто с интроекцией связано и употребление глагола «должен» (например, «я всегда и во всем должен быть первым»). Возникает вопрос — кому должен, почему должен и т. п. Вообще, работа с интроекцией прежде всего направлена на осознание собственных желаний, отделение их от ожиданий, желаний и чувств других людей, принятие ответственности за собственный выбор и т. п. Интроецированными могут быть мысли, мнения, представления, образы значимых фигур.

Проекция. Механизм проекции противоположен интроекции. Если при интроекции субъект переносит внутрь себя нечто принадлежащее внешнему миру и не может отделить это нечто от самого себя, то при проекции нечто внутреннее, принадлежащее субъекту переносится на внешний мир. Человек приписывает окружающим свои собственные мысли и чувства. Этот процесс можно сравнить с кинопроектором, который проецирует изображение на белый экран. Мы видим изображение, хотя, по сути, экран остается белым и на нем нет ничего такого, чего нет на пленке, находящейся внутри кинопроектора. То же самое происходит и в процессе психологической проекции. Человек не видит вокруг ничего такого, чего нет в его голове, в его представлениях об окружающем мире. Проецируя, человек нарушает границу между собой и полем окружающей среды таким образом, что вступает в контакт не с внешним миром, а с самим собой.

Человек проецирует те мысли и эмоции, которые по каким-либо причинам не может принять в себе самом: например, истероидная женщина, считающая неприемлемым наличие у себя сексуальных желаний, любые поступки окружающих рассматривает в аспекте сексуальных отношений, неуверенному в себе человеку кажется, что все замечают его ошибки, ленивый отец борется с ленью своего ребенка. Легче всего решительно бороться с собственными недостатками у других, а самому оставаться таким же. Клиент может обижаться, любить, гневаться на терапевта, реагируя не на самого человека, а на спроецированные на него части собственной личности. При работе с проекциями основная задача состоит в том, чтобы вернуть человеку чувства, мысли и мнения, перенесенные на терапевта, членов группы и людей из реальной жизни клиента.

Ретрофлексия. Если понятия «интроекция» и «проекция» можно встретить и в других направлениях психотерапии, то **ретрофлексия** — это термин, который возник в гештальт-терапии. При ретрофлексии человек выходит на контакт с окружающей средой, но затем возвращает самому себе то, что было направлено вовне. Эмоции, реакции, действия, предназначенные другим людям, меняют направление и обращаются к субъекту. Например, человек бьет себя кулаком по колену, когда гневается, или гладит по волосам, когда ему хочется принятия и ласки. Ретрофлексия возникает тогда, когда по каким-либо причинам человек не может отреагировать накопившиеся у него эмоции вовне. Например, ребенок, которого обидели родители, не может проявить свой гнев, он вынужден подавить его. Однако энергия гнева не исчезает, а только меняет свою направленность, превращаясь в аутоагрессию, а затем и в чувство вины. Высшей формой ретрофлексии является самоубийство, когда человек убивает себя, вместо того чтобы отомстить людям, которые заставили его страдать. Считается, что многие психосоматические болезни становятся результатом ретрофлексии.

Приведем пример. На сеансе групповой психотерапии женщина по имени Н. пожаловалась на то, что она плохая мать, плохая хозяйка, плохая жена. Ведущий группы предложил ей выбрать из членов группы тех, которые смогли бы сыграть роли ее мужа и двоих детей. Н. сообщила участникам типичные для членов ее семьи высказывания, относящиеся к ней. Когда участники — «члены семьи» окружили Н. и по просьбе ведущего интонационно усилили высказывания: «Помоги мне! Что у нас сегодня на ужин? Послушай меня!», женщина расплакалась и закричала: «Оставьте меня в покое!» В данном случае гнев, направленный на членов семьи, требовавших слишком многого, был ретрофлексирован и превратился в чувство вины.

Психотерапия ретрофлексии связана с возвращением к истинной задержанной эмоции. Так, работая с чувством вины, клиенту помогают выразить это чувство, затем восстановить агрессивный компонент чувства, после чего возникает аутоагрессия, и лишь затем разворачивают направление агрессии, которая становится гетероагрессией. Человек гневается на кого-то из родителей, выражая свой гнев вовне. Это непростой и длительный процесс.

Дефлексия. Этот невротический механизм не был описан Перлзом, понятие дефлексии появилось в трудах его последователей. Под дефлексией подразумевается уход от реального контакта, когда сохраняются только внешние атрибуты взаимодействия при отсутствии внутреннего содержания. Этот механизм применяется для снятия эмоционального накала, который сопровождает любой реальный контакт. Обычной формой дефлексии становятся светские разговоры, чрезмерная болтливость, ритуалы, избегания прямого взгляда в глаза собеседнику и т. п. В вышеописанном примере с клиентом С., который беседовал с симпатичными ему женщинами на отвлеченные темы, кроме интроекции был задействован и механизм дефлексии.

Психотерапия дефлексии направлена на стимулирование спонтанных проявлений клиента, выявления ухода от контакта. При этом необходимо отме-

тить, что в поведении того или иного человека обычно можно наблюдать несколько механизмов прерывания контакта, но для каждого индивида один из них более привычен и является стилевой характеристикой поведения.

Механизмы психотерапии.

Действие невротических механизмов приводит к тому, что человек теряет индивидуальность, целостность, расщепляется на фрагменты, на то, что в психосинтезе Р. Ассаджиоли называется «субличностями», зачастую противоположными друг другу, например уверенность — робость, мужское — женское, чувствительность — рациональность и т. п. Психотерапевтическое воздействие связано с возвращением клиента путем интеграции к своей сути, к Самости. В процессе гештальт-терапии клиент научается доверять собственным чувствам и собственной организменной мудрости. Терапевтический процесс включает в себя прохождение нескольких уровней.

Первый уровень — это уровень обмена клише. На этом уровне проходит жизнь большинства людей, это ритуальные отношения. К ним относятся разговоры о погоде, политике, звездах, моде. На этом уровне вопрос: «Как дела?» предполагает единственно возможный ответ: «Все в порядке». На данном этапе задача терапевта — обратить внимание клиента на бессмысленность времяпрепровождения, при котором нет реального взаимодействия между людьми.

Второй уровень — это маски, роли, которые мы играем в обыденной жизни. Это та концепция себя, которую мы строим специально для того, чтобы демонстрировать ее другим. Такими масками могут быть маска «рубахи-парня», «неудачника», «женщины, приятной во всех отношениях», «правдолюбца», «жертвы» и т. и. Выполнение определенной роли — это стереотипное неосознаваемое действие, которое клиент поначалу выполняет и на сеансе психотерапии. Естественно, что для психотерапевта, обладающего более широким спектром осознавания, поведение клиента несет много информации. На данном этапе терапевт должен стать «увеличительным зеркалом», в котором клиент может увидеть себя. Вопросы терапевта прервут привычное поведение клиента, а следовательно, приведут к фрустрации, но помогут осознать наличие маски или роли. Например, ведущий может спросить у участника группы: «Вы всегда говорите о себе таким заунывным голосом?» Этот вопрос вызывает у клиента замешательство, фрустрацию, он никогда не замечал, что его поведение направлено на то, чтобы вызывать жалость.

На этом уровне работа психотерапевта направлена на реализацию принципа «здесь и сейчас» и связана с увеличением сферы осознаваемого у клиента. Иногда терапевт провоцирует полное разворачивание процесса прерывания контакта или манипуляций и только потом направляет внимание клиента на истинную суть данного действия. Например, клиент вызывает на себя внимание и поддержку группы только для того, чтобы потом отказаться от нее, заявить, что на самом деле ему никто не смог помочь. Гештальтист не меша-

ет этому, так как, согласно принципу «здесь и сейчас», клиент реализует свою привычную форму поведения. Затем терапевт, обращаясь к чувствам клиента, помогает ему провести параллели между групповой и реальной жизненной ситуацией. После прохождения этого уровня клиент начинает понимать, как с помощью ролей, масок и манипуляций он убегает от реальной жизни.

Следующий, третий уровень — это взрыв, направленный вовнутрь (имплозия). Этот уровень наступает после максимальной фрустрации, когда клиент понимает, что привычное поведение неискренне, манипулятивно и от него необходимо избавиться. Но в этот момент клиент чувствует пустоту и беспомощность, ощущение, что нет выхода. Это неприятное переживание может повлечь за собой выход из процесса осознавания и возвращение к привычным формам поведения. На данном этане терапевт должен показать, что выбор существует и клиент вправе оставаться в привычном положении и не меняться, но человек должен принять ответственность за любой свой выбор. При этом терапевт не должен торопить клиента, так как возникающая пауза заполнена внутренними переживаниями.

Следующий уровень — тупик и взрыв, направленный вовне (эксплозия). Ощущение внутреннего смятения и отчаяния на этом этане может переживаться как смерть или страх смерти. Гештальт-терапия объясняет эту ситуацию вовлечением больших энергетических объемов, связанных с разрушением старого и рождением нового. Терапевт может предложить различные пути для высвобождения этой энергии, связанные с экспериментированием. Например, он может предложить клиенту в рамках терапевтической сессии выразить свою обиду, которую он долгие годы испытывал по отношению к матери, или попытаться попросить помощи у другого человека, на что клиент никогда не мог решиться.

Другая задача гештальт-терапевта связана с тем, что на уровне тупика клиент не чувствует своих ресурсов и возможностей. Необходимо помочь клиенту осознать не только свои ограничения, но и свой потенциал, поскольку страх препятствует внешнему взрыву.

Эксплозия — это мощный эмоциональный выброс, или, по словам Перлза, «мир, наполненный яростью и любовью» (Перлз, 1995, с. 154). Это может быть выражение скорби, если не была пережита и осознана боль утраты; выражение гнева, если он был заблокирован и не отреагирован. Также эмоциональный взрыв может быть связан с выражением радости, ощущением счастья. Еще одна высвобождаемая эмоция — оргазм, он возникает в том случае, если прежде подавлялись сексуальные переживания. Задача терапевта состоит в том, чтобы создать атмосферу, в которой клиент сможет свободно выразить свои эмоции в наиболее удобной для себя форме. Клиент может рыдать или безудержно смеяться, прыгать как ребенок, разорвать в клочья рисунок, на котором изображен человек, вызывающий гнев, и т. п.

Пятый уровень — аутентичность (подлинность) достигается при осознании человеком своей сути, собственной Самости. Личность интегрирует

прежде заблокированные собственные части и начинает ощущать свои истинные желания и потребности. Патогенные гештальты завершаются, и человек становится открытым новому опыту, заново обретает себя и свои чувства.

Техника психотерапии.

Гештальт-терапия обладает большим количеством разнообразных техник, многие из которых заимствованы из других видов психотерапии, например из психодрамы, транзактного анализа, арт-терапии. Гештальтисты считают, что в рамках их подхода допустимо использование любой техники, служащей естественным продолжением диалога терапевта и клиента и усиливающей процессы осознавания.

Гештальт-терапия может осуществляться в форме как индивидуальных, так и групповых сессий. При этом групповая работа в рамках гештальттерапии имеет свою специфику: в гештальт-группах акцент делается не на групповой динамике, хотя она и не игнорируется терапевтом, а на индивидуальной работе с одним членом группы, заявившим свою проблему. Таким образом, группа здесь является резонатором, хором, на фоне которого выступает солист.

Первым техническим приемом, используемым в процессе гештальт-терапии, служит заключение контракта. Как уже отмечалось, в этом направлении психотерапии терапевт и клиент являются равноправными партнерами и клиент несет собственную ответственность за результаты терапии. При заключении контракта оговаривается этот аспект, а также формулируются цели, которые ставит перед собой клиент. Для клиента, постоянно уходящего от ответственности, эта ситуация является проблемной и требует проработки. Таким образом, уже на стадии заключения контракта клиент учится брать на себя ответственность за себя и за то, что с ним происходит.

В гештальт-терапии принято разделение техник на две группы: техники диалога и проективные техники. Техника диалога — это работа, осуществляемая на границе контакта между клиентом и терапевтом. Терапевт отслеживает механизмы прерывания клиента и выносит свои эмоции и переживания, как часть среды, окружающей клиента, на границу контакта. Другая группа техник — это так называемые проективные техники, которые используются для работы с образами, сновидениями, воображаемыми диалогами, «частями» личности и т. п. Однако четкое разграничение этих техник возможно только в теории, в практической же работе они тесно взаимосвязаны.

Одной из наиболее известных техник является техника «горячего стула», применяющаяся в ходе групповой работы. «Горячий стул» — это место, на которое садится клиент, намеревающийся рассказать о своей проблеме. При этом взаимодействие осуществляется только между ним и ведущим группы, а остальные члены группы становятся безмолвными слушателями и зрителями и включаются во взаимодействие только по просьбе терапевта. По окончании сессии члены группы сообщают о своих чувствах, причем необходимо, чтобы

участники говорили именно о чувствах, а не давали советы и не оценивали человека, сидящего на «горячем стуле».

Еще одной оригинальной гештальт терапевтической техникой является концентрация (фокусированное осознавание). Осознавание должно происходить на трех уровнях: осознавание внешнего мира (что я вижу, слышу), внутреннего мира (эмоции, телесные ощущения), а также мыслей. Клиент, придерживаясь принципа «здесь и сейчас», рассказывает о том, что он осознает в данный момент, например: «Сейчас я сижу на стуле и смотрю на терапевта. Я чувствую напряжение и замешательство. Я слышу, как сильно стучит мое сердце». Этот эксперимент выполняет несколько функций. Во-первых, он позволяет усилить, обострить ощущение настоящего; Перлз описывает ситуации, когда после использования этой техники пациенты говорили о том, что мир для них стал реальнее и ярче. Во-вторых, этот эксперимент помогает осознать способы, с помощью которых человек убегает от реальности (например, воспоминания или фантазии о будущем). В-третьих, монолог-осознавание является ценным материалом для терапии.

Техника экспериментального усиления заключается в том, что клиент должен усилить какое-либо из своих малоосознаваемых вербальных или невербальных проявлений. Например, во время сессии клиент постоянно постукивает рукой по подлокотнику кресла, и терапевт предлагает усилить это движение. В результате постукивание превращается в интенсивные хлопки, а на вопрос терапевта о его ощущениях клиент сообщает, что чувствует гнев по отношению к терапевту. Это становится темой для дальнейшей работы. Другой вариант: клиент часто начинает свою речь со слов «да, но...», не осознавая этого. Терапевт предлагает клиенту каждую фразу начинать с этих слов. Это помогает клиенту осознать, что он соперничает с окружающими, в том числе и с членами группы, старается оставить за собой последнее слово.

Следующая техника — техника челнока — направлена на расширение зоны осознавания. Техника челнока связана с тем, что терапевт намеренно меняет уровни осознавания, фигуру и фон в сознании клиента. Например, клиент говорит о своем одиночестве (фигура — вербальная продукция клиента).

Терапевт. Когда вы говорите о своем одиночестве, у вас дрожат колени. (Фигура — телесные проявления; слова — фон.) Усильте эту дрожь. Что вы чувствуете? (Фигура — чувства; телесные проявления и вербальная конструкция одиночества — фон.)

Клиент. Я чувствую страх. В моих коленях находится страх.

Терапевт. Как ваш страх связан с вашим одиночеством? (Фигура — интеллектуальное понимание; фон — чувства и телесные проявления.)

Клиент. Я боюсь людей...

Челночное движение может осуществляться не только из разных зон осознавания, но и из прошлого в настоящее и наоборот. Например, клиентка сообщает, что испытывает постоянное раздражение при общении со своей начальницей. Терапевт предлагает ей выбрать из группы человека, который вы-

зывает у нее подобное чувство, и, реализуя принцип «здесь и сейчас», работает с невротическими механизмами, проявляющимися в этих отношениях. Использование группы в качестве безопасной модели окружающего мира является характерной чертой гештальт-терапии.

Наконец, к основным гештальт-терапевтическим техникам относится техника «пустого стула». «Пустой стул» используется для нескольких целей. Во-первых, на нем размещается значимый человек, с которым клиент осуществляет диалог, причем это может быть даже умерший человек, например отец, которому при жизни не были сказаны важные слова. Во-вторых, «пустой стул» может быть использован для диалога различных частей личности. Экспериментальную игру, связанную с диалогом частей личности, терапевт предлагает тогда, когда у пациента имеются противоположные установки, борющиеся между собой, порождая внутриличностный конфликт. Внутриличностные конфликты часто порождаются внутренним диалогом «собаки сверху» — долга, требований общества, совести, и «собаки снизу» — желаний, эмоций, спонтанности. Разворачивание этого диалога вовне оказывает терапевтическое воздействие.

Техника «пустого стула» используется как для интеграции «частей» личности, так и для диссоциации с интроектами. Например, клиентка Л., преподаватель вуза, сообщила о том, что испытывает двойственные чувства в связи со своей работой: с одной стороны, ей нравится общаться со студентами, читать лекции, с другой — работа вызывает у нее напряжение и неудовлетворенность. Терапевт предложил Л. поместить на одном стуле ту часть личности, которая любит свою работу, а на другом — ту, которая тяготится работой. Пересаживаясь с одного стула на другой и идентифицируясь с разными частями своей личности, клиентка вела диалог от их имени.

Клиентка (на левом стуле, уверенно, с блестящими глазами). Я люблю свою работу. Я чувствую себя умной, эрудированной. Мне приятно, что я могу заинтересовать людей.

Клиентка (на правом стуле, обращаясь к противоположной части). Какая из тебя эрудитка? Что ты вообще можешь? Говорить все умеют! Посмотри на себя! У тебя ничего не получается!

Терапевт. Кто так говорит в вашей реальной жизни?

Клиентка (пауза). Это... мой отец *(плачет).* Он никогда не верил в меня.

Для работы с частями личности используется и техника диалога с частями тела. Например, мужчина, рассказывая о своих взаимоотношениях в семье, шлепал себя ладонью по колену. Когда терапевт предложил ему высказаться от имени руки, то оказалось, что рука наказывает его за то, что он недостаточно хорош и недостаточно силен. Говоря от имени колена, по которому била ладонь, клиент сообщил о своем желании быть открытым, беззаботным, веселым, легкомысленным. Таким образом, рука представляла собой «собаку сверху», которая говорит, каким нужно быть, и наказывает за непослушание,

а колено — «собаку снизу», которая пытается схитрить, но сделать то, что хочется.

Еще одной интегрирующей техникой является техника работы с полярностями. Как указывалось выше, в гештальт-терапии существует представление, что в личности одновременно сосуществуют противоположности, полярности. Клиенту, жалующемуся на неуверенность, предлагается представить свою уверенную часть личности, попытаться пообщаться с другими людьми как уверенному человеку, пройтись уверенной походкой, провести воображаемый диалог между собственной уверенностью и неуверенностью. Человеку, которому трудно просить помощи у других, дается задание выпрашивать внимание участников группы, обращаться к ним с любыми, даже нелепыми просьбами. Подобное экспериментирование позволяет расширить зону осознавания у клиента таким образом, чтобы включить в нее ранее недоступный личностный потенциал.

Техника совершения кругов применяется в групповой психотерапии, когда член группы в качестве игры-экспериментирования просит определенных участников группы или всю группу высказаться о нем. Другой вариант — сам член группы по кругу выражает собственные чувства участникам группы. Известен прием из работы Перлза, когда он предложил студенту, испытывавшему страх выступлений перед большой аудиторией, пройти по аудитории и посмотреть в глаза каждому человеку. После этой процедуры тревожность заметно снизилась. Техника совершения кругов особенно эффективна при работе с механизмом проекции.

Оригинальна гештальт-терапевтическая техника работы со сновидениями, существенно отличающаяся от такой работы в других психотерапевтических направлениях. Все элементы сна рассматриваются как части личности клиента, с каждой из которых он должен идентифицироваться, чтобы присвоить собственные проекции или избавиться от ретрофлексии. Важно, чтобы, рассказывая о своем сне, клиент говорил о происходящем в настоящем времени. Например, клиент И. рассказал о таком сне: «Я иду по тропинке посреди поля. У меня хорошее настроение. Через какое-то время я вижу, что на тропинке стоит собака, которая привязана к вбитому в землю колышку. Она лает на меня, показывает клыки. Я поднимаю с земли палку и пытаюсь отогнать ее, но она лает еще сильнее и не пропускает меня. Я останавливаюсь в растерянности». Говоря от имени тропинки, И. сказал: «Я веду тебя к людям, я веду тебя к веселью и радости». От имени собаки: «Я хочу привлечь твое внимание. Я хочу проверить тебя на прочность, испугаешься ты или нет. А еще я хочу есть и пить; может быть, ты меня накормишь?» От имени палки: «Я только с виду такая крепкая и тяжелая. На самом деле я могу сломаться, собака может легко перегрызть меня». Дальнейшая работа показала, что сои был связан с отношением И. к женщинам, которых он боялся и чувствовал себя рядом с ними неуверенно. Работа со сном позволила клиенту понять причину отсутствия длительных отношений с женщинами.

Как уже говорилось, в гештальт-терапии используются техники других психотерапевтических направлений, но это делается для достижения специфической цели — обретения так называемой мудрости тела.

Результат терапии.

В гештальт-терапии нет жестких критериев того, каким должен быть человек. Гештальт-терапевты придерживаются теории парадоксальных изменений: человек начинает меняться тогда, когда он начинает принимать себя таким, каков он есть, а не тогда, когда он пытается быть тем, кем он не является. По этому поводу Перлз говорил: «Не толкай реку, она сама течет» (Перлз, 1995, с. 146).

В результате гештальт-терапии клиент учится быть ответственным за себя и свой выбор, за свои контакты с окружающими, становится аутентичной личностью — целостной, осознающей свои потребности, возможности и границы, открытой всему новому, полагающейся на собственные чувства, способной к творческому приспособлению к окружающей среде. Снимаются табу на эмоциональность и ее проявления, наложенные обществом.

Важнейшим принципом гештальт-терапии является то, что ответственность за изменения лежит на клиенте, а терапевт лишь помогает ему расширить зону осознавания, хотя при этом и используются активные интервенции, фрустрации, экспериментирование и т. п.

Гештальт-терапия имеет достаточно широкую сферу применения. Ее используют при работе с невротическими и психосоматическими расстройствами, при работе с детьми, в организационном и семейном консультировании. Некоторые гештальт-терапевты считают, что такая терапия может быть использована даже при лечении психотических расстройств на стадии ремиссии и повысить социальную адаптивность таких пациентов.

Вопросы и задания.

1. Что такое аутентичность?
2. Каковы основные теоретические принципы гештальт-терапии?
3. Каковы особенности психотерапевтического контакта в гештальт-терапии?
4. Каковы нарушения цикла контакта на каждой из терапевтических стадий?
5. Почему невротические механизмы являются механизмами прерывания контакта?
6. Опишите основные техники гештальт-терапии. Каким образом в них реализуются теоретические принципы этого направления?

Литература.

Гештальт-терапия: принципы, точки зрения, перспективы. Интервью Р. Резника с М. Парлетом 28 февраля 1995 г. / Пер. М. Занадворова // Гештальт-95: Сборник материалов МГИ. — М., 1996.

Наранхо К. Гештальт-терапия: Отношение и практика атеоретического эмпиризма / Пер. А. А. Рунихиной. — Воронеж, 1995.

Перлз Ф. Внутри и вне помойного ведра // Ф. Перлз, П. Гудмен, Р. Хефферлин. Практикум по гештальт-терапии. — СПб., 1995.

Перлз Ф. Гештальт-подход и Свидетель терапии / Пер. М. Папуша. — М., 1996.

Перлз Ф. Эго, голод и агрессия / Пер. Н. Б. Кедровой, А. Н. Кострикова. — М., 2000.

Польстер И., Польстер М. Интегрированная гештальт-терапия: Контуры теории и практики / Пер. А. Я. Логвинской. — М., 1997.

Глава 9. Клиент-центрированная психотерапия.

Карл Рэнсом Роджерс (1902-1987).

Карл Рэнсом Роджерс начал научную карьеру в 1927 г. в Институте детского воспитания в Нью-Йорке. Через год он поступил на кафедру изучения детей Общества по предотвращению жестокого обращения с детьми в Рочестере, штат Нью-Йорк. С 1940 г. Роджерс занимал должность профессора психологии в университете штата Огайо. Там он привлек внимание к своей системе психотерапии, особенно после выхода в 1942 г. книги «Консультирование и психотерапия: новые концепции в практике». С 1945 г. он был исполнительным секретарем в Чикагском университете, а затем работал в университете Висконсина. В 1951 г. Роджерс опубликовал книгу «Клиент-центрированная терапия: современная практика, смысл и теория».

Роджерс занимал пост президента Национального исследовательского совета Американской психиатрической ассоциации и президента Американской психотерапевтической академии. С 1966 г. он работал в Центре по исследованию человека, в создании которого принимал участие.

Сфера интересов Роджерса значительно шире, чем психотерапия. Это и педагогика, и межкультурные коммуникации, межнациональные конфликты и философия психологии. Роджерс — создатель не просто нового типа психотерапии, а нового подхода к пониманию человека, в центре которого — личность.

Ч. Девоншир, директор Международного института **личностно-центрированного подхода** (*PCA*-I) на одной из профессиональных тренинговых программ (Словакия, 1992) говорил, что «исследования психотерапевтического процесса в течение последних 50 лет позволяют с уверенностью

заявить, что наиболее существенные изменения в личности и поведении — результат опыта переживания, а не осознания и понимания». Это заявление идет вразрез с опытом когнитивной психотерапии и плохо согласуется с парадигмой психодинамической психотерапии. Однако в нем отражена специфика «мишени» психотерапевтического процесса в рамках подхода Роджерса. Для личностно-центрированного подхода целью терапии является не содержание проблемы, а глубокие переживания клиента. На практике это означает, что если клиент в ситуации психотерапевтического приема говорит не о своей сокровенной проблеме, а лишь о своих успехах в, предположим, слесарном деле, то не следует подталкивать его к выражению и обсуждению этой проблемы, уважая и принимая такой выбор клиента. В психотерапевтических подходах, центрированных на проблеме, разговор клиента «ни о чем» трактуется как сопротивление терапии. Вместе с тем право клиента говорить «ни о чем» фундаментальным образом трансформирует и теоретические представления о ресурсах изменения клиента, о роли психотерапевта в контакте, о статусе клиента в контакте, о процессуальных особенностях и механизмах психотерапевтического контакта, о техниках и результатах психотерапии. В этом смысле техника эмпатического понимания специфицирует техническую сторону психотерапевтического подхода Роджерса. Она позволяет, во-первых, перевести контакт на уровень переживаний, а во-вторых, вести работу на этом уровне. Эмпатия здесь — не условие психотерапии (как в большинстве подходов), а собственно психотерапия, ее ядро.

Днем публичного рождения теории Роджерса явилась его встреча с американскими психологами в 1940 г. В раннем варианте психотерапии, названном «недирективной психотерапией», акцент был сделан на технике рефлексии — словесном отражении терапевтом чувств клиента (терапевтическое зеркало). Посредством такой обратной связи последний получает возможность осознать свои чувства и без терапевтического руководства, самостоятельно прийти к определенным выводам и решениям. Д. Мирнс (1980) указывал, что вышеприведенное название является неудачным, так как любая психотерапия директивна по своей сути. В 1951 г. Роджерс изменил название терапии — она стала именоваться «клиент-центрированной» или «клиент-ориентированной» *(client-centered).* Этим подчеркивалось, что психотерапия не ориентирована ни на теорию (когда имеется концептуальный аппарат анализа клиента, и в этом смысле терапевт выступает в качестве эксперта, лучше понимающего проблему клиента, чем сам клиент), ни на проблему (когда признается, что единственный способ решить проблему — это погрузиться в нее), а на клиента: он свободен в терапии делать и говорить то, что хочет, он равноправен с психотерапевтом, он — ключевая фигура в создании психотерапевтических изменений. Одна из гипотез клиент-центрированной терапии состоит в том, что человеком, который лучше понимает и изменяет клиента, является сам клиент. В этом новом названии отразился иной фокус психотерапии — факторы, определяющие рост клиента. Акцент был сделан на про-

цессе изменения личности в психотерапевтическом контакте, на условиях, которые способствуют такому изменению.

Термин «клиент» в большей мере, чем термин «пациент», адекватен неманипулятивной, немедицинской модели психотерапии, отражает важность уважения к человеку, который приходит за помощью. Такой человек сам ответствен за свое изменение и не рассматривается как объект диагностики и лечения. В последние годы жизни Роджерс сконцентрировался на приложении своей теории и методов к обеспечению личностного роста и улучшению качества человеческих контактов в различных областях. Он исследовал эффективность малых групп (групп встреч) в процессах ускорения индивидуальных и организационных изменений. Этот подход использовался в менеджменте, педагогике, в решении межнациональных конфликтов (соответствующая работа была проведена в Южной Африке, Восточной Европе, Центральной Америке). И, таким образом, в 1960-1970-х гг. данный подход значительно расширился и стал именоваться «человек-центрированным» подходом, или подходом, «ориентированным на человека» *(person-centered approach).* Психотерапия же стала именоваться «человек-центрированной», или «ориентированной на человека»; другое название — «человек-центрированный подход к терапии» (последнее более точно). Это отражает исследовательские ценности Роджерса и его сотрудников: создание метаподхода, в рамках которого психотерапия является частным вариантом его приложения. В этом, как мы покажем ниже, заложены опасные деструктивные тенденции для самого подхода. Существует еще одно часто используемое название для описываемой терапии — «роджерианская терапия». Как считает Мирнс, это неадекватное название, так как в данном случае модель психотерапевтической работы Роджерса рассматривается как канонизированный нормативный образец. В случае, когда теория психотерапии имеет выраженный метафорический статус, а ее техническая сторона редуцирована и при этом подчеркивается, что многое решает личность психотерапевта, достаточно легко происходит канонизация стиля работы основателя направления, Мирнс пишет: «Роджерс не в большей степени человеко-центрированный терапевт, чем другие, но, без сомнения, лучший роджерианец» (Mearns, p. 11).

Психотерапия, ориентированная на человека, входит в научное течение, которое называется гуманистической психологией. Ханс Ансбахер, известный представитель адлерианской терапии, выделил шесть характерных черт гуманистической психологии:

1) решающая роль творческой силы человека;

2) антропоморфная модель человека;

3) развитие человека определяют скорее цели, чем причины;

4) холистический, а не «элементный» подход к человеку;

5) необходимость принятия в расчет человеческой субъективности мнений, точек зрения, сознательных и бессознательных импульсов человека;

6) психотерапия основана главным образом на хороших человеческих отношениях.

Роджерс и Р. Санфорд (1985) указали на следующие основные черты человеко-центрированой терапии: 1) гипотеза о том, что определенные установки психотерапевта образуют необходимые и достаточные условия терапевтической эффективности; 2) основной акцент на феноменологическом мире клиента (отсюда определение психотерапии как «клиент-центрированной»); 3) терапевтический процесс ориентирован на изменения в переживаниях, на достижение способности более полно жить в данный момент; 4) внимание в большей степени к процессам изменения личности, а не к статической структуре; 5) гипотеза о том, что одни и те же принципы психотерапии применимы ко всем людям, независимо от того, к какой клинической категории они отнесены — к лицам, страдающим психозами, невротикам или к психически здоровым людям; 6) интерес к философским проблемам, вытекающим из практики психотерапии.

Взгляды Роджерса в течение его жизни подвергались известной трансформации. Однако основная идея этой школы не менялась. Роджерс стал лишь сильнее подчеркивать значение личностного контакта пациента и терапевта. Поэтому в дальнейшем анализе специфических черт клиент-центрированной терапии нет разделения на идеи раннего и позднего Роджерса.

Теория психотерапии.

В любом виде психотерапии эксплицитно или имплицитно ставится вопрос о ресурсах изменения клиента. Это может быть релаксация, уверенность, спокойствие, рассудительность и т. п. Идея состоит в том, чтобы, во-первых, изыскать **ресурс изменения** (внутри или вне клиента) и, во-вторых, присоединить этот ресурс к проблемному переживанию. Так, например, в технике систематической десенсибилизации универсальным ресурсом является релаксация, которая, «присоединяясь» к стрессогенному объекту, десенсибилизирует его. В подходе Роджерса такой ресурс задается специфическими отношениями психотерапевта с клиентом. Анализируя свой известный, заснятый на пленку, случай работы с мисс Ман, Роджерс отмечал: «...то, что клиент переживает в терапии, — это опыт быть любимым» (Rogers, Segal, 1955). Очевидно, что этот важный ресурс может возникнуть только в условиях особых, «высококачественных» терапевтических отношений. Такие отношения не могут быть результатом контакта профессионала, знающего технику воздействия, с пациентом. Терапевт представлен в такой терапии как человек, а контакт осуществляется как контакт человека с человеком. Это значит, что «психотерапия не является манипуляцией эксперта...» (Meador, Rogers, p. 145). Роджерс сравнивает психотерапевтический контакт с работой садовника: хороший психотерапевт, словно садовник, бережно, терпеливо, с любовью и вниманием лишь создает условия для актуализации внутренних механизмов роста личности клиента. Акцент, таким образом, переносится на

обеспечение психотерапевтом необходимых и достаточных условий контакта с клиентом, а следовательно, и его терапевтических изменений. Обеспечить эти условия может далеко не каждый психотерапевт, так как они не являются результатом некоторой терапевтической техники. Скорее они представляют собой личностные установки самого психотерапевта. Для изменений клиента необходимы следующие условия: во-первых, эмпатическое понимание клиента терапевтом. Терапевт должен воспринимать мир клиента таким, каким видит его сам клиент. При этом терапевт должен не только воспринять слова клиента, но и прочувствовать его переживания. К примеру, клиентка говорит: «Я развелась с мужем, я настояла на разводе, хотя у меня двое детей; теперь я свободна и довольна тем, что могу строить свою жизнь как хочу...». Но произносится это с некоторой агрессивной бравадой, за которой чувствуются внутренняя боль и печаль, которые она не хочет в себе принять. Возможная реакция психотерапевта: склонить голову клиентки к своему плечу и погладить ее. Такая терапевтическая реакция сопряжена с риском: психотерапевт может быть «отброшен» клиенткой. Однако если клиент расплачется, примет свою боль и печаль, то это будет означать расширение Я-концепции клиента.

Опыт клиента, связанный с переживанием того, что психотерапевт понимает его, дает клиенту силу расширить свою Я-концепцию. Таким образом, эмпатическое понимание означает не просто «настройку» терапевта на мир клиента, но и поощрение клиента к дальнейшему «исследованию» своего внутреннего мира. Эмпатический терапевтический ответ является достаточно определенным в техническом отношении. Безусловно, существуют роджерианские клише, наличие которых служит внешним критерием обученности психотерапевта. Эмпатически отреагировать — это дать клиенту ясное понимание того, что психотерапевт его действительно понимает. Это понимание может быть выражено прямой формулировкой состояния клиента (например: «Вы чувствуете обиду», «Вы чувствуете, что как будто раздваиваетесь» и т. п.) или метафорической («На вас много навалилось», «Вы чувствуете, будто находитесь у края пропасти» и т. п.), но следует избегать банальных сентенций типа: «Я вас хорошо понимаю».

Нужно ли быть точным в эмпатическом понимании? Очевидно, что если психотерапевт неточен, то клиент отвечает: «Нет, это не так» (возможны и другие более мягкие или более жесткие аналоги). Если этих «нет» много, то клиент чувствует, что он и здесь не понят. Вместе с тем даже при не очень точных эмпатических реакциях психотерапевта клиент может пережить удивительное чувство соприсутствия. Важна не столько точность понимания клиента сама но себе, сколько интерес к миру клиента со стороны терапевта. **Эмпатия** — это процесс, в котором терапевт становится все ближе и ближе к мыслям и чувствам клиента. Точная эмпатия — идеальный случай.

В речи клиента всегда расставлены акценты на определенных значимых переживаниях. Если психотерапевт отреагирует именно на них (адресуется к ним), то терапевтический контакт состоится. Так, одна женщина рассказала, что ее тринадцатилетняя дочь познакомилась с парнем, который старше до-

чери на два года и состоит на учете в инспекции по делам несовершеннолетних. Женщина боится за дочь и не хочет, чтобы та училась в жизни на своих собственных ошибках (в этот момент возникли выраженные переживания). Она также опасается, что если не разрешит дочери дружить с этим парнем, то потеряет с ней контакт. В данном случае возможен следующий терапевтический ответ: «Да, учиться на собственных ошибках очень тяжело». При удачной эмпатической реакции психотерапевта клиент начинает говорить совсем не то, что заранее подготовил, и часто, к собственному удивлению, обнаруживает в терапевтическом интервью свои глубокие переживания. Роджерс писал, что клиент-центрированная терапия рассматривает перцептуальное поле клиента как основу его понимания, что вхождение во внутренний мир клиента дает значительные преимущества. Поведение клиента может быть лучше понято как вытекающее из его перцептивного мира. Мир, как он воспринимается клиентом, и есть для него истинная реальность. Эмпатия — это «вхождение в личный перцептивный мир другого и основательное его обживание. Она подразумевает сензитивность к постоянно изменяющимся в другом человеке чувственным смыслам, которые плавно переходят друг в друга, — к страху, или гневу, или нежности, или смущению, или к чему бы то ни было еще, что переживает он или она. Эмпатия означает временное проживание в жизни другого человека, осторожное перемещение в ней без того, чтобы делать какие-либо оценки; эмпатия означает ощущение смыслов, которые он или она (клиенты. — *Авт.*) едва ли осознают...» (цит. по: Орлов, Хазанова). В вышеприведенном примере женщина стала говорить о себе, о своих ошибках в жизни, не позволивших ей быть с любимым человеком, как бы вообще позабыв о первоначальном запросе.

Эмпатия в работах Роджерса имеет следующие характеристики: во-первых, сохранение в эмпатическом процессе собственной позиции эмпатирующего, сохранение психологической дистанции между ним и эмпатируемым, или, другими словами, отсутствие в эмпатии отождествления между переживаниями эмпатируемого и эмпатирующего (что, собственно, и отличает этот процесс от фенотипически сходного процесса идентификации). Во-вторых, наличие в эмпатии сопереживания (каким бы по знаку ни было переживание эмпатируемого), а не просто эмоционально положительного отношения (симпатии) эмпатирующего к эмпатируемому. В-третьих, это динамический процесс, а не статичное состояние. Эмпатия — это ощущение мира клиента так, как если бы он был собственным миром психотерапевта, но обязательно без утраты этого «как если бы».

К каким же качествам клиента психотерапевт должен проявлять эмпатию? Очевидно, что некоторые мысли, эмоции и поведение непосредственно вытекают из проблем человека, а некоторые — из здоровой части личности. Эмпатия к человеку в целом — это условие освобождения от защит (искажения и отрицания опыта), эмпатия же к здоровым аспектам — механизм поддержки конструктивных начал личности.

Вторым условием, необходимым для изменения клиента, является позитивное, уважительное отношение к нему. Другие обозначения этого условия — сердечность, принятие, забота и поддержка. Далеко не каждый человек встречает в жизни безусловно позитивное отношение к себе. Прежде всего — это материнское отношение, которое очень редко воспроизводится во взрослой жизни. Безусловное уважение — это уважение без и вне всяких условий, для чего необходимо избегать открытой или скрытой оценки, одобрения или неодобрения, интерпретаций, доверять ресурсам клиента в понимании себя и позитивном изменении. Уважение основывается на том, что человек имеет врожденную глубокую мотивационную тенденцию к самоактуализации — тенденцию к росту, развитию, усовершенствованию потенциальных возможностей. Эта тенденция не является абстрактным теоретическим конструктом. Не следует думать, что психотерапевт лучше знает направление роста клиента, что задача психотерапевта — создать в ходе психотерапевтических интервенций «дорожную карту» для клиента. Роджерс рассматривает тенденцию к самоактуализации как вполне конкретное образование, присущее каждому человеку. Такая концептуализация имеет ряд важных следствий. Прежде всего следует помнить о том, что направление этой тенденции уникально, а следовательно, каждый человек идет к росту своим путем. Клиент сам ведет себя по избранному им направлению. Роджерс сравнивал роль терапевта с ролью акушерки, которая не производит ребенка, а помогает ему родиться. Одна из наиболее изящных метафор клиент-центрированной психотерапии — метафора парного танца, в котором ведет клиент, а сопровождает психотерапевт.

В анализе своего классического интервью с Кейт Роджерс отмечал, что хочет встретить «клиента как личность». Это такая встреча двух людей, в рамках которой Кейт может исследовать свои чувства и продвигаться к тем целям, которые ставит сама. В связи с этим интерес представляет притча о мальчике и лошади. Мальчик пришел на школьный двор и увидел там лошадь. Он влез на нее. Лошадь вышла со школьного двора и пошла по дороге, постоянно сбиваясь в сторону пощипать травку. Ребенок сдерживал ее, не давая ей уйти в сторону. Через некоторое время лошадь вошла во двор фермы, хозяин которой удивленно спросил мальчика: «Откуда ты знаешь, что это моя лошадь?» — «А я и не знал, — ответил мальчик, — я просто не давал ей сбиться с пути». Клиент сам знает направление роста. В этом смысле самоактуализирующая тенденция является вполне конкретной психотерапевтической реалией, а не некоторым абстрактным концептом. Следует исходить из того, что человек в принципе негреховен и ведет себя наилучшим образом с точки зрения своих внутренних и внешних условий. Это самое лучшее может быть и прекрасным, и ужасающим.

Религия, особенно протестантская традиция, распространила в культуре идею изначальной греховности человека. Переживание клиента, связанное с тем, что психотерапевт принимает его вне призмы греха, эффективно способствует личностному росту самого клиента. Так, например, к психотера-

певту обратилась женщина со следующей проблемой: «У меня есть четырнадцатилетний сын, мужа нет. Я полюбила человека, но он не хочет приходить ко мне домой — не может найти контакт с моим сыном. Несколько раз в неделю я оставляю сына одного на ночь и ухожу к любимому человеку. Я ужасная мать. Я не знаю, как мне быть...» В этом случае сталкиваются две ценности: любовь к мужчине (которая переживается как грех) и материнство. Причем в сознании клиентки имеется оценка этих ценностей: негативная — любви и позитивная — материнства. Задача психотерапевта состоит в том, чтобы помочь клиентке освободиться от рассмотрения каких-либо желаний через призму греха, не наполняя их «божественным» или «дьявольским» содержанием. Один из мифов человеко-центрированной терапии состоит в том, что она «ценностно не свободна», что психотерапевт указывает клиенту, как нужно поступать. Принимая чувства и желания клиента, психотерапевт помогает ему «принять эти чувства в себе».

Третьим условием, необходимым для изменения клиента, служит **конгруэнтность психотерапевта.** Если у психотерапевта отсутствует доверие к клиенту, то он становится осторожным и защищающимся. Он привносит в отношения с клиентом свои страхи и опасения, а порой начинает играть с клиентом, становясь инконгруэнтным. Существует две формы **инконгруэнтности** : 1) инконгруэнтность между чувствами психотерапевта и его осознанием этих чувств; 2) инконгруэнтность между осознанием этих чувств и их выражением. При второй форме инконгруэнтности психотерапевт сознательно скрывает свои чувства, пытаясь быть «профессионалом» в отношениях с клиентом. Такой «профессиональный фасад» антитерапевтичен для человеко-центрированного терапевта. Результат инконгруэнтности — установление «двойных связей» с клиентом: расхождение вербального и невербального поведения, слов и чувств. Психотерапевт не должен играть роль психотерапевта: улыбаться, когда совсем не до улыбки, печалиться, когда не печально, — одним словом, психотерапевт должен быть в терапии самим собой. Такой психотерапевт способен оказать большое влияние на других людей, установить «прозрачные», «незамутненные» отношения с клиентом. Средством психотерапии является личность терапевта, а не технические приемы.

Роджерс писал, что хотя психотерапевты становятся более привлекательными, когда используют техники, важнее то, какие отношения устанавливаются между терапевтом и клиентом. Главное — не делать что-то вместе с клиентом, а просто быть с клиентом. Таким образом, технический аспект человек-центрированной терапии редуцируется почти до полного отсутствия. Психотерапевты этого направления открыто говорят о том, что боятся обвинения в техницизме. Роджерс указывал, что три вышеприведенных условия терапевтического изменения клиента — это не техники, а установки психотерапевта, т. е. характеристики его личности. Причем именно конгруэнтность терапевта рассматривается как базовое условие, способствующее росту клиента. Конгруэнтность терапевта не означает, что он «нагружает» клиента своими чувствами и проблемами и импульсивно высказывает любую мысль,

пришедшую ему в голову. Конгруэнтность связана с готовностью выразить свои устойчивые чувства, быть открытым в контакте и уклониться от соблазна спрятаться под маской профессионализма. Три условия, необходимые для терапевтического изменения клиента, одновременно служат и требованиями к идеальному психотерапевту. В реальности можно лишь стремиться к этому идеалу.

В ряде исследований получены экспериментальные подтверждения идеи Роджерса об условиях терапевтического изменения. Эта закономерность показана даже на больных шизофренией. Использование *Q*-техники позволило выявить ряд изменений, происходящих в результате терапии: повышается уровень согласованности между *Я*-концепцией и *Я*-идеалом, *Я*-концепция становится более реалистичной, клиенты обретают уверенность, лучше понимают себя, имеют более комфортные связи с окружающими, меньше переживают чувства вины, обиды и опасности.

Возникает закономерный вопрос: в чем специфика терапии Роджерса? Ведь многие психотерапевтические подходы указывают на вышеприведенные условия терапевтического изменения клиента как на обязательные. Сравнение психотерапевтической работы Роджерса с работой лидеров пяти других психотерапевтических школ показало, что клиент-центрированная терапия отличается уровнем эмпатии и безусловного позитивного отношения к клиенту. Психоаналитически ориентированные и эклектические терапевты соглашаются с клиент-центрированной теорией в том, что желательны эмпатия, теплота и безусловно позитивное отношение, но приводимые примеры рационально-эмоциональных, психоаналитически ориентированных и юнгианских интервью имели низкие показатели этих качеств.

Например, сравнение терапевтических интервью Роджерса и А. Эллиса проводилось 83 психотерапевтами-экспертами по 12 признакам. Оказалось, что интервью, которые проводил Роджерс, получили высокие оценки по таким признакам, как эмпатия, безусловно позитивное отношение, конгруэнтность и способность поддержать у клиента уверенность в себе, а интервью Эллиса — по признакам терапевтической и когнитивной директивности. Низкие оценки Роджерс получил по терапевтической директивности, а Эллис — по признаку безусловно позитивного отношения. Таким образом, подход Роджерса теоретически и практически самостоятелен и не может рассматриваться только, как способ установления раппорта с клиентом, после чего применяются другие психотерапевтические подходы и методы. Некоторые исследователи считают безусловно позитивное отношение к клиенту результатом процессов контрпереноса, которые нарушают ход терапии. Поэтому, по их мнению, отношение психотерапевта к клиенту должно быть заведомо не негативным, но не безусловно позитивным, как предлагает Роджерс.

Роджерс соглашался с тем, что в рамках клиент-центрированной терапии возможно установление отношений переноса, но утверждал, что они не становятся развитыми, полностью оформленными. Отношения переноса возникают в атмосфере оценки, где клиент чувствует, что терапевт знает о нем

больше, чем он сам, и, следовательно, клиент становится зависимым. В клиент-центрированной терапии терапевт не является экспертом, не интерпретирует, не критикует, не успокаивает, не хвалит, не направляет клиента. Самое главное — соприсутствие и сопровождение клиента, а сама терапия представляет собой не «способ действия», а «способ существования» с клиентом. Поэтому вопрос, что нужно делать психотерапевту для того, чтобы быть недирективным, в психотерапевтической системе Роджерса лишен всякого смысла. Такие ответы на этот вопрос, как улыбаться, не советовать, не интерпретировать и т. п., свидетельствуют о манипулятивной недирективности, т. е. недирективности как «способе действия», что не имеет ничего общего с системой Роджерса.

Следует различать недирективность по существу и недирективность по форме. Если психотерапевт безусловно уважает клиента, его взгляды, его систему ценностей, его чувства, переживания и т. п., уважает его внутренние способности (ресурсы) к самоизменению и росту, то он, конечно, недирективен, даже если выражает свое раздражение поведением клиента (и в этом случае психотерапевт конгруэнтен), даже если дает клиенту советы. Если же терапевт является недирективным по форме, то выясняет технические детали, нормативы недирективности. Одним словом, недирективность — это не поведенческое измерение, а личностное. Стиль работы терапевта не настолько важен, если есть качество отношений. Нужно стремиться к качеству отношений, причем не важно, каким приемом мы этого добиваемся. Содержательная недирективность в отношении к клиенту означает, что терапия ориентирована не на проблему (разговор о проблеме, обсуждение проблемы, поощрение погружения клиента в проблему и т. п.), а на клиента.

Существуют серьезные возражения против универсальности принципа безусловно позитивного отношения к клиенту, не учитывающего характерологические и нозологические особенности. Так, если при работе с шизоидным клиентом психотерапевт проявляет понимание и дает душевность и тепло, превышающие уровень толерантности клиента, то у него возникает выраженная тревога, затрудняющая терапевтический контакт. Согласно теории связи с объектом, в установлении отношений с клиентом следует учитывать особенности интернализированного объекта (либидинального и антилибидинального). Одним из важнейших условий терапевтического изменения клиента является готовность последнего к изменению, его ответственность за это изменение. Ответственный за себя клиент не склонен к формированию с психотерапевтом отношений переноса.

Генезис невроза.

Если ребенок не живет в климате безусловно позитивного отношения и переживает хорошее отношение к себе лишь тогда, когда оправдывает ожидания значимых лиц (родителей, учителей и т. п.), то он находится в постоянном, часто неосознаваемом опасении утраты позитивного отношения к се-

бе. В сознании ребенка внутренний опыт разделяется на «хороший» и «плохой», как соответственно согласующийся и несогласующийся с ожиданиями окружающих. Переживаемый ребенком страх потери одобрения и принятия является патогенным и блокирует тенденцию самоактуализации. Ребенок начинает избегать или отрицать собственный опыт самоактуализации, или, другими словами, свой естественный организменный опыт. Например, родители могут не принимать агрессивное поведение ребенка, его плач, крик, шумное поведение и т. п. Естественно возникающий гнев ребенка блокируется. Формируется личность с ретрофлексированным (см. главу о гештальт-терапии) гневом и сверхразвитым чувством вины, в Я-концепции которой совершенно отсутствует гнев и которая испытывает значительные трудности при необходимости сказать другим «нет». Помимо этого, из-за подавленного гнева такая личность испытывает и физические проблемы (напряженные мышцы шеи и спины). Возможны и другие варианты инконгруэнтности между сознанием и бессознательным, чувствами и словами, поведением и чувствами и т. п. Например, вербально клиент сообщает, что был любимым ребенком в семье, но психотерапевт улавливает у клиента чувства одиночества и заброшенности; клиент говорит, что не чувствует тревоги, а психотерапевт улавливает ее очевидные признаки. Такая инконгруэнтность охраняет Я-концепцию личности: человек воспринимает себя таким (и ведет себя так), каким его хотят видеть близкие. Отказ от себя в угоду другим, инконгруэнтность со своим естественным, организменным опытом — патогенетический механизм развития невроза. Инконгруэнтность поддерживают два механизма психологической защиты: отрицание и искажение. Первый механизм состоит в недопущении в сознание психотравмирующего опыта, который личность бессознательно получает благодаря способности к субцепции (бессознательному восприятию). Искажение представляет собой такую интеллектуальную переработку материала, которая делает его безопасным для Я-концепции. Тревога сопровождает инконгруэнтность Я-концепции и организменного опыта. Опыт, не согласованный с Я-концепцией, может «врываться» в сознание человека очень неожиданно, так что защиты не справляются. Тогда происходит «разрыхление» Я-концепции, что очень болезненно переживается человеком, так как он не в состоянии ассимилировать инконгруэнтный опыт и полон внутреннего напряжения и конфликтов.

Механизмы терапии.

Порой полагают, что механизм терапии, ориентированной на клиента, состоит в объективации клиентом собственной проблемы и дистанцировании от нее. Такая когнитивистская трактовка причин изменений клиента, с нашей точки зрения, упрощает подход Роджерса. Сам Роджерс в качестве механизма изменения клиента рассматривал самоактуализирующую тенденцию. Удачное объяснение механизма терапии дал один из учеников Роджерса: «Другие виды терапии пытаются делать то, что делает клиент-

центрированная терапия, но делают это не так успешно. Один из главных результатов различных видов терапии состоит в том, что клиенты начинают переживать важность своего субъективного мира. Мы рождаемся и растем в мире, где объективная (интерперсональная) реальность является более важной, чем личностный субъективный мир. Мы обучаемся реальности нашего внутреннего мира в различных видах терапии. В клиент-центрированной терапии мир терапевта менее всего вторгается в клиента. Следовательно, клиент может оценить реальность и природу своего субъективного мира быстрее, чем в том случае, когда клиенту необходимо бороться с точкой зрения терапевта» (Zimring). Следует различать механизм как источник психотерапевтического изменения клиента (и с этой точки зрения самоактуализирующая тенденция является таким механизмом изменения) и механизм как конкретный процесс, происходящий в клиенте. В отрыве от конкретной личности клиента и особенностей ее движения в психотерапевтическом процессе трудно указать на специфически роджерианские процессуальные механизмы изменения. Это может быть и когнитивное переструктурирование, и диссоциация эмоций от когнитивной сферы, и расширение сознания, и т. п. Задача клиент-центрированного терапевта состоит в том, чтобы создать условия инициации механизма изменения клиента. Выбор же того, что будет делать клиент в терапии, остается за ним, и с этой точки зрения вполне нормальна ситуация, когда клиент лишь выговаривается перед терапевтом — «выпускает пар», задействуя механизм катарсиса. Таким образом, специфический психотерапевтический механизм не задается рамками самой клиент-центрированной терапии и ее техниками.

Результат терапии.

Закономерность, выраженная Роджерсом, может быть сформулирована следующим образом: «Чем больше терапевт воспринимается клиентом как генуинный (конгруэнтный, искренний, истинный. — *Авт.*), эмпатически понимающий и безусловно его уважающий, тем более выражены конструктивные изменения в клиенте» (Rogers, 1961, p. 107). Роджерс описал процессуальный аспект изменения клиента. После завершения большой исследовательской программы в университете Чикаго, связанной с интенсивным изучением терапевтического интервью, были описаны отдельные процессы изменений клиента. По существу, в рамках этой программы был осуществлен переход от статического анализа отношений между Я-концепцией и Я-идеалом, между Я-концепцией и адаптацией и т. п. к фокусировке на понятии опыта и процессе становления личности. Этот преимущественный интерес к динамике, а не к статике личности позволил выявить устойчивые изменения клиента во всех проанализированных терапевтических интервью, проведенных Роджерсом. Изменения клиента идут в направлении повышения дифференцированности реакций и непосредственности переживания чувств. В результате психотерапии происходят следующие изменения:

1) повышается открытость опыту;

2) углубляются переживания;

3) повышается доверие к собственным проявлениям, к самому себе;

4) формируется внутренний локус оценки;

5) усиливается готовность войти в «процесс жизни»;

6) углубляется знание о себе в процессе переживания.

С принятием своего опыта и переживаний всегда связан значительный риск. Структура личности может быть выражена следующим рисунком.

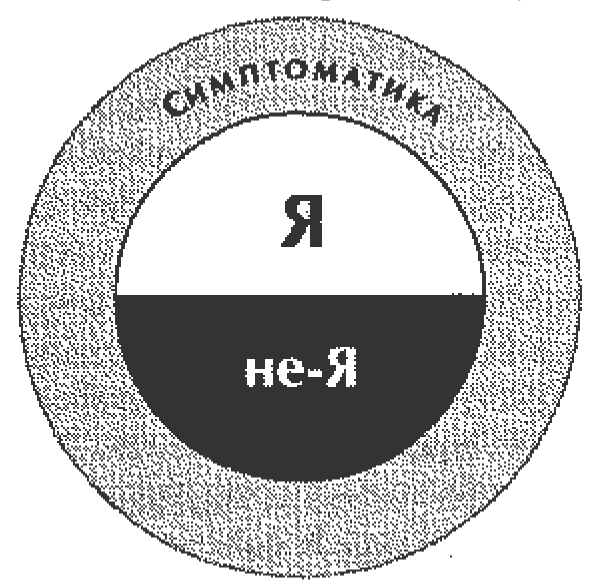


Рис. 9.1. Структура личности

Только небольшая часть личности является **эго-идентифицированной, или эго-синтонной**, т. е. принадлежащей сфере Эго. Некоторые личностные проявления (черты, переживания) не являются эго-синтонными и образуют сферы «не-Я» и «симптоматика». Сфера «не-Я» конституируется вытесненными содержаниями и потенциальными эмоциями, а сфера «симптоматика» представляет собой дезидентифицированные проявления (навязчивости, фобии и т. п.), как например эпизоды запойного пьянства.

Переживания чувств (не эго-идентифицированных) позволяют войти важной части психики клиента в его сознание, пережить эти чувства как свои. Этот шокирующий опыт обычно сопровождается неизменным восклицанием: «И это все Я?!» Открытость к опыту — это готовность ввести в собственную Я-концепцию новый опыт. Как пишет, анализируя свой опыт, Н. Раскин, «я не нуждаюсь в том, чтобы каждый клиент или каждый студент выбирали меня для терапии или для лекций. Одни из моих коллег любят и уважают меня, другие — нет. Если я в состоянии включить в Я-концепцию эти различные реакции на меня, я могу быть открытым ко всему своему опыту» (Raskin). Доверие к собственному организму (актуализационному опыту) возникает при расширении Я-концепции, при включении в нее «нежелательных» аспектов опыта. В этом случае человек дает себе право быть нелогичным в поведении и право на ошибку — то, что является предметом анализа и трениров-

ки в идеологии ассертивности. При появлении доверия к актуализационному опыту, к себе, происходит сдвиг от внешнего локуса оценки к внутреннему. И наконец, очень важное качество — готовность быть в процессе. Как подчеркивал Роджерс, это означает способность отказаться от фиксированных целей и ожиданий, готовность отказаться от собственных определений жизни, от фиксированных планов. Для терапевта это означает готовность войти в терапию без заранее установленных рамок. Жизнь и все ее конкретные проявления намного богаче, чем мы их определяем. Человек не ограничивает себя позициями «Я-терапевт», «Я-отец», «Я-муж», «Я-преподаватель» и т. п. и не сводит все многообразие своей жизни к одной из позиций. Он пытается принять все эти позиции, входит в жизненный процесс «с головой», без оглядки, пытаясь отказаться от интеллектуальных и квазиморальных маяков собственного жизненного потока. В психотерапевтическом плане это означает, что фасилитатор групп встреч не должен чувствовать себя сценаристом групп, не должен «делать» групповой процесс для других и за других. Таким образом, для клиент-центрированной терапии важны не поведенческие изменения, а изменения субъективного мира клиента.

Результатом развития личности и максимально эффективной психотерапии становится «полностью функционирующая личность». Концептуально это понятие означает полную конгруэнтность, способность преодолевать преграды и трудности жизни, творчески себя реализовывать. В результате двадцатипятилетней исследовательской программы выявлено, что такая личность характеризуется позитивной Я-концепцией, эффективным социальным функционированием и готовностью организма отзываться на любые внешние воздействия. Очевидно, что психотерапевтический процесс продвигает клиента к показателям «полностью функционирующей личности». Но клиент вправе остановить терапию в любой момент и вынести из нее ровно столько, сколько может. Поэтому одним из важнейших условий изменения клиента в терапии является его готовность к этому изменению.

Каждый психотерапевтический подход имеет свою метафору нормы. Условно наиболее распространенные метафоры могут быть обозначены как «ребенок», «взрослый» и «духовно продвинутый». В метафоре «ребенка» подчеркивается важность открытости, спонтанности, телесной грациозности, эмоциональности, непосредственности и т. п. В наиболее яркой форме эта метафора нормы психического функционирования реализуется в телесно-ориентированной психотерапии (см. биоэнергетический анализ А. Лоуэна). Метафора «взрослости» подчеркивает необходимость освобождения от инфантилизма, рациональность, приспособленность, подконтрольность разуму «нижних этажей» психики. Эта метафора реализуется, например, в психоанализе, в транзактном анализе и когнитивной терапии. Сложнее с квалификацией подхода Роджерса, тем более что сам подход претерпевал изменения. Неслучайно некоторые исследователи считают, что, в сущности, существует два Роджерса: «Карл Роджерс-1» — до и «Карл Роджерс-2» — после его переезда в Калифорнию. Концептуально идея согласования опыта переживания

с Я-концепцией как цель психотерапии фактически отражает «взрослую» модель психической нормы. Вместе с тем идеи процесса и вовлеченности в опыт переживания отражают приоритет «детского». Реальная психотерапевтическая практика связана с тем, что клиент-центрированные терапевты действуют по-разному и вносят в психотерапевтический процесс свои особенности и личностно значимые теоретические конструкты. Таким образом, в реальном психотерапевтическом процессе ряд психотерапевтов фасилитируют в клиенте «ребенка». Идея «полностью функционирующей личности» может трактоваться как идея «ребенка» в смысле натуральности, естественности чувств, жизни и проявлений. Это свободное выражение любви, грусти, страсти, печали, тревоги, гнева и т. п. Человек, «закрытый» к переживанию и экспрессии гнева, в значительной мере «закрыт» к переживанию и экспрессии любви. В этом смысле «полностью функционирующая личность» близка к «генитальному характеру» В. Райха. Но клиент может не принимать такую трактовку «полностью функционирующей личности», как и психотерапевт. Некоторые терапевты понимают «полностью функционирующую личность» как «духовную развитость», т. е. делают акцент не на живости, естественности, натуральности, а, напротив, на разумности, всепрощении, мудрой успокоенности и т. п. Одним словом, вне реального процесса психотерапевтического взаимодействия трудно говорить об абстрактных механизмах и нормативах психотерапевтического изменения клиента в рамках клиент-центрированного подхода. И в этом, на наш взгляд, одна из его особенностей, которая переживается как концептуальная размытость, простота, непродуманность на уровне конкретных механизмов и т. п.

Взаимодействие клиента с терапевтом в этом виде терапии описывается достаточно простой концептуальной схемой, включающей небольшое число переменных. Это создает впечатление, что данный психотерапевтический подход не в состоянии многого объяснить. Распространено заблуждение, что подход Роджерса существует только на уровне реального процесса взаимодействия, теория же этого процесса представляет собой скорее рассказ о самом процессе, в котором самого процесса нет. Другими словами, реальный психотерапевтический процесс в рамках клиент-центрированного подхода гораздо шире и богаче, чем теория этого процесса. Именно поэтому обучающиеся данному виду психотерапии долгое время убеждены, что здесь «нечему учиться», и пытаются дополнить объяснительный потенциал теории Роджерса более структурированными, более похожими на теорию концептуальными схемами. В терапии же этот подход нередко дополняется другими и служит лишь для установления раппорта с клиентом.

Имеются данные об использовании некоторыми психоаналитиками терапии Роджерса в качестве паллиативного, симптоматического средства, причем назначаемого лишь при актуальных (а не инфантильных) и неглубоких неврозах и дающего лишь кратковременный эффект. С этим трудно согласиться, так как терапия Роджерса ориентирована на личность, а не на симптом. В данной терапии клиент прогрессирует настолько, насколько он готов

это сделать, поэтому эффект может быть перманентным, паллиативным или вообще отсутствовать, впрочем, как и при других видах терапии. По нашему мнению, в случаях, когда клиенты имеют выраженные симптоматические (витальная тревога, депрессия психотического регистра с выраженной моторной заторможенностью и т. п.) и особенно телесно-ориентированные (ипохондрическая фиксация) жалобы, они не направлены на личностные изменения и ждут от психотерапевта активных саногенных действий. В этих случаях реализация клиент-центрированной терапии затруднена. Нельзя считать, что психотерапевт лучше, чем клиент, знает, что ему нужно. Если психотерапевт предлагает клиенту то лечение, на которое у него нет запроса, и настаивает на нем, то становится директивным и тем самым нарушает необходимые требования к качеству терапевтического контакта в рамках клиент-центрированного подхода.

Техники психотерапии.

Анализируемый вид психотерапии осуществляется в индивидуальной и групповой формах. Терапевтическое интервью представляет собой индивидуальную форму, в рамках которой встречаются психотерапевт и клиент. Групповая форма представлена группами встреч. Остановимся на техниках терапевтического интервью. Следует особо подчеркнуть, что техники клиент-центрированного подхода — это не способ делания (действия), а способ существования с клиентом, поэтому они не могут рассматриваться в отрыве от необходимых и достаточных условий терапевтического изменения. Терапевт-роджерианец ответствен только за свою работу, изменяться или не изменяться — это выбор клиента.

Терапевт и клиент садятся напротив друг друга (часто под небольшим углом). Контакт с клиентом устанавливается в течение первых пяти минут. Если этого не происходит, то, как правило, клиент блокируется. Терапевт сопровождает клиента в его собственные переживания. Описываемая терапия — это терапия, центрированная на клиенте, а не на проблеме. Поэтому нет никакой необходимости тянуть (подталкивать) клиента в его проблему. Клиент сам волен выбирать предмет разговора. Подталкивание к обсуждению сокровенной проблемы может осуществляться и направленными вопросами, и невербальными средствами (например, тональными понижениями голоса: «Я чувствую, что вам тяжело (понижение тона)». Тональное движение вниз приглашает клиента «упасть» вниз, в проблему). При этом содержание реакции терапевта может быть индифферентным по отношению к проблеме клиента. Терапевту важно показать клиенту свою готовность работать с ним. Терапевт должен чувствовать, хочет ли клиент говорить о своей проблеме и как долго он способен это делать, и считаться с этим.

Терапевт сопровождает клиента не в проблему, а в глубину его внутреннего мира, опыта его переживаний, которые важны для клиента «здесь и сейчас». Некоторые клиенты не в состоянии сформулировать собственную про-

блему на психотерапевтическом сеансе. Формулирование проблемы или глубинных переживаний клиента за него, во-первых, направляет клиента, во-вторых, «втаскивает» клиента в проблему, не учитывает готовности клиента войти в проблему самостоятельно. Формулирование проблемы или глубинных переживаний клиента за него приводит к тому, что терапевт идет впереди клиента, опережает его, задает процесс. Например, клиентка говорит, что ее муж много занят на работе, приходит домой усталый и мало разговаривает с ней. Терапевт может увидеть за этим более серьезную проблему, например «Вы чувствуете себя одинокой и никому не нужной?», «Вы чувствуете, что муж вас не любит?» и т. п. (это можно выразить и в утвердительной форме). Такие откровенные формулировки могут напугать клиента, заблокировать его движение в психотерапевтическом процессе. Но правило стараться не формулировать проблему или глубокие переживания клиента не является безусловным: если его нарушение не ликвидирует необходимые и достаточные условия качественного терапевтического контакта, то это допустимо (как правило, на поздних стадиях психотерапевтического процесса).

Терапевтический процесс можно сравнить со снежным комом, а клиент, действительно вовлеченный в процесс, находится внутри этого «снежного кома». Терапевт должен войти в этот «ком» и находиться там с клиентом. Любые вопросы типа: «И давно вы это чувствуете?», «Как часто...», «Как вы думаете, какова причина?» и т. п. интеллектуализируют ситуацию, и клиент выходит из процесса. Вопросы терапевта на уточнение, на понимание ситуации могут быть блокирующими. Терапевту не следует спешить спрашивать клиента, просить его уточнить что-либо, если проблема остается непонятой. Основное — быть в процессе вместе с клиентом. Поэтому вопросы психотерапевт задает не для себя, а для клиента. Эти вопросы помогают клиенту быть в процессе, а возможно, помогают ускорить и углубить его. Если клиент рассказывает то, что не совсем понятно, и при этом плачет, терапевт может отреагировать следующим образом: «Это настолько тяжело для вас, что вы плачете...» Или, если клиент сдерживает слезы, можно отреагировать: «Я чувствую, что у вас в горле застрял плач, я готов принять ваши слезы...» и т. п. Наиболее изящная метафора психотерапевтического процесса, как мы уже отмечали, — метафора парного танца, в котором ведет клиент, а сопровождает психотерапевт. Следует избегать построения версии проблемы клиента и вести клиента по этой версии, собирая в ходе интервью материал, подтверждающий ее истинность. Любые диагнозы, версии, интерпретации нарушают процесс.

Первоначально Роджерс сделал акцент на рефлексивной технике — психотерапевт, как зеркало, отражает переживание клиента, что позволяет ему осознать свой внутренний опыт, несогласованность опыта с Я-концепцией, искажение в Я-концепции. В последние годы в работе Роджерса возросла доля метафор и интуиции.

Рассмотрим некоторые техники, позволяющие быть «в процессе» с клиентом. Клиент, пришедший на прием, может сообщить следующее: «Сегодня

мне приснилась моя мать, и, когда я ехал к вам, я думал о ней. Я очень устал... У меня проблемы с женой, детьми, начальством...». Здесь возможны такие терапевтические ответы: «На вас так много свалилось...», «Вы не знаете, с чего начать свой рассказ...», «Я вижу, у вас серьезные проблемы» и т. п. Конечно, не все терапевтические реакции эффективны. В том, что сказал клиент, можно выделить пять частей: 1) сновидение о матери (клиент не сказал, хорошее или плохое); 2) размышления о матери (неизвестно, хорошие или плохие, любит он мать или ненавидит); 3) усталость (не сказал о причине усталости — от плохого сна, тяжелой работы, конфликтов и т. п.); 4) проблемы с женой, с детьми (по клиент не сказал, каковы конкретно эти проблемы); 5) проблемы с начальством (клиент не сказал, какие именно). Терапевт, конечно, может иметь свою версию (например, самое главное — это отношения с матерью или, напротив, отношения с женой и т. п.) и направить клиента на обсуждение именно этого аспекта его жалобы. Но любые терапевтические реакции на частный аспект жалобы (например, «Вы чувствуете себя усталым») будут не лучшим вариантом. Реакция типа: «Я вижу, что у вас серьезные проблемы» хотя и не является реакцией на частные аспекты жалобы, представляется директивной, так как заставляет клиента говорить только о проблемах. Клиент имеет право сам выбирать, о чем, сколько и когда говорить, и ответствен перед собой за этот выбор. Реакция типа: «Вы сказали много, но скажите еще что-нибудь» — это лобовая реакция, имеющая характер давления на клиента. В реакции типа: «В последнее время что-нибудь или кто-нибудь доставляет вам радость?» — проявляется «глухота» терапевта к клиенту. Терапевт как бы говорит: «Давай не будем о плохом, поговорим лучше о хорошем». Реакция типа: «Со мной тоже так было, и я вас хорошо понимаю» — не является сопровождением клиента (терапевт не должен говорить о себе). Следует не «тянуть» клиента в проблему (например, «Вам тяжело, и вы чувствуете, что эта проблема неразрешима»), а сопровождать его. Удачной будет следующая реакция терапевта: «Ну да, сегодня утром с вами многое произошло...», после чего терапевт некоторое время ждет в тишине. В это время клиент решает, о чем говорить (из этих пяти частей) и нужна ли ему помощь в изменении. Это дает клиенту свободу, в том числе — свободу не изменяться. И в этом случае не нужно тянуть клиента в терапию.

Возможна и другая техника — техника повторов. В этом случае психотерапевт просто пересказывает то, что сказал клиент: «Вам приснилась мать, и вы думали о ней, когда ехали ко мне на прием...» После такой реакции терапевта следует пауза. Если клиент, излагая свою жалобу терапевту, говорит много, то техника повторов не сработает — она выведет клиента из процесса. Здесь уместна техника обобщения. Приведенный первый вариант эффективного ответа и является обобщением.

Однажды на сеансе совместной супружеской терапии женщина раздраженно, с обидой в голосе сказала, что не ожидала, что муж не доверяет ей (не хочет прописать). Мужчина любил свою жену, но имел опыт неудачного первого брака. Он агрессивно реагировал на раздражение жены, на попытку

«уличить» его («я все для тебя делаю, а ты...»), рассматривая это поведение жены как агрессивную манипуляцию. При этом он не слышал ее, а она — его. Более того, она не осознавала свою обиду. Терапевт попросил мужчину молча послушать, как он будет говорить с его женой. Терапевт обратился к ней со словами: «Я чувствую, что вас переполняет обида. Если вы готовы, давайте поговорим об этом». После некоторой паузы женщина заплакала и стала говорить о том, как переживает обиду. Она говорила не о «деле», как раньше (с холодной рассудительностью или агрессивной напористостью), а о себе, своих чувствах. В этом случае муж был готов слушать ее. Такая техника терапевтического реагирования представляет собой технику рефлексивного ответа.

В ранних работах Роджерс выразил мнение, что роль терапевта состоит в том, чтобы помочь клиенту попять и прояснить эмоции, которые тот переживает. Позже Роджерс писал, что такое понимание слишком интеллектуалистично и подразумевает, что только консультант знает, какие чувства переживает клиент. Если рефлексивная техника становится преобладающей, то это приводит к некачественному терапевтическому контакту.

Интересной техникой является **метафора**, которую можно использовать и как разовый терапевтический элемент, и как устойчивый образ, сопровождающий весь процесс терапии. Если метафора отвечает опыту клиента, она позволяет ему войти в символический пласт собственного сознания, уйти от предметной определенности мира, накладывающего существенные внешние ограничения на принятие решения самим клиентом. Например, если клиент ненавидит жену (она стала некрасивой, толстой, громадной) и внутренне желает ей смерти, то при выраженном чувстве вины он вряд ли начнет обсуждать с терапевтом тонкости и детали своих агрессивных фантазий. Метафору можно построить следующим образом: «Однажды принц одного маленького государства решил посадить у себя иод окном красивое, благоухающее дерево с прекрасными цветами. Он нашел такое дерево — оно было маленькое, нежное, хрупкое. Каждое утро и вечер принц наслаждался прекрасным, ослепительным видом и благоуханием этого дерева. Но вдруг дерево стало быстро расти, утолщаться, закрыло окно спальни принца, и солнце уже туда не проникало. В спальне стало холодно, неуютно. Через окно он уже ничего не мог видеть. Это было то дерево, которое он раньше любил и которым очень гордился. Но это же дерево стало ему мешать, стало ему ненавистно. Принц уже стал вынашивать планы, как спилить, уничтожить дерево...». Клиент, освобожденный от чувства вины, в данном метафорическом образе может обсуждать свои агрессивные чувства к непомерно разросшемуся «дереву».

Метафора является прекрасным средством терапевтической регрессии в том смысле, что освобождает клиента от взрослой определенности мира, его причинно-следственной взаимосвязанности. «Ты чувствуешь, что подошел к краю и должен перебраться на другой берег?» Здесь, конечно же, клиент не дает технических вариантов перехода на другой берег (как построить мост, как найти лодку и т. п.). Этот переход не подчиняется предметной опреде-

ленности ситуации, и главное здесь — переживания клиента, делающие внутренне необходимым такой гигантский прыжок «на другой берег». Очевидно, что если на уровне первичных метафорических образов проблема решена, то это значительное продвижение клиента к росту.

Важной техникой служат эмпатические ответы терапевта. Например: «Вы чувствуете, что весь мир против вас». Эмпатический ответ — это вербализация терапевтом миро- и самоощущения клиента. Эмпатические ответы дают клиенту возможность почувствовать, что терапевт его понимает и находится с ним в одном «танце». Приведем небольшой фрагмент тренировочного терапевтического интервью (К — клиент, Т — терапевт; число в скобках указывает на порядковый номер реакции в интервью):

К(1). Я вступаю в конфронтацию с собой, потому что не люблю людей, делаю им замечания, выставляю их в дурном свете. Я знаю, что это плохо, но не могу себя остановить. Я упрекаю

себя за это. Особенно это проявляется по отношению к людям, которых я не люблю. Я хотел бы избежать этого, найти силы остановить это в себе. Например, я осознал, что сплетничаю.

Т(1). Я услышал в этом сообщении, что вам не нравится то, как вы воспринимаете людей, и вас это злит.

К(2). Я как будто даю себе право судить о других, но у меня такого права нет.

Т(2). Эта проблема состоит не в том, как вас воспринимают другие, а в том, что происходит у вас внутри.

К(3). Я постоянно думаю о том, где же во мне это возникает, из чего возникает это чувство. Часто мне приходит в голову, что это страх. Я осознал, что большое место в моей жизни занимает любовь. И если начинаю в ней сомневаться, то это пугает.

Т(3). То есть то, что вы навешиваете ярлыки окружающим, вызвано страхом и недостатком любви?

К(4). Видимо, да, теперь я это понимаю. Я всегда чувствую, что лучше других. Поэтому я достоин любви. И только после приходит чувство, что это не так. Я хочу возвыситься над другими, чтобы иметь право на любовь. Я должен доказывать, что я хороший. И эти мысли позволяют мне немного контролировать себя.

Т(4). Для вас важно решить, как контролировать себя еще лучше? Это так?

К(5). Мои отношения с женой и детьми тем лучше, чем лучше я себя контролирую... *(Пауза.)*

Т(5). Я чувствую, что я вас заблокировал.

К(6). Вдруг наступила пустота.

Реакция Т(1) оставила в стороне серьезную проблему клиента (не люблю людей, упрекаю себя за это) и свелась к частности (сплетничаю). Реакция Т(2) мягко направляет на переживание, на внутренний мир. Но здесь тера-

певт как бы вне «снежного кома», он не с клиентом. Реакция Т(3) — интеллектуальная реакция поиска причин. Реакция Т(4) — реакция, в которой отсутствует эмпатия. Клиент готов идти дальше в свой опыт, в свое переживание, но реакция Т(4) блокирует его. Вопрос о самоконтроле — это вопрос, выводящий клиента из переживания.

Интересные результаты получены при анализе вербальных реакций самого Роджерса на высказывания клиентов в ходе терапии (терапевтические интервью, проведенные с 1950 по 1986 г.). Было выделено шесть категорий вербальных реакций Роджерса, которые в сумме составляют 100%. Это следующие категории: 1) эмпатическое сопровождение; 2) ответы на вопросы клиента; 3) наводящие вопросы; 4) терапевтические комментарии; 5) терапевтическая оценка (интерпретация); 6) терапевтическое согласие с клиентом. Оказалось, что большинство реакций попадали в категорию «эмпатическое сопровождение» (соответственно в различных интервью доля этих ответов колебалась от 55 до 98%). Самый низкий процент терапевтических реакций составляли «ответы на вопросы» (от 10 до 25%).

Также изучалась такая категория терапевтических реакций, как «ответы на вопросы» в 10 интервью. Из десяти клиентов только четверо задавали вопросы психотерапевту. Всего было задано 32 вопроса. Реакция на вопрос — это реакция терапевта, следующая сразу после вопроса и связанная с вопросом. Выделяют три категории вопросов клиентов: 1) вопросы, в которых клиент спрашивает, понимает ли его терапевт (например: «Вы поняли, что я пытался сказать?»); 2) вопросы, в которых клиент просит терапевта дать какую-либо информацию (например: «Вы заметили, что я двигаю ногами?»); 3) вопросы, в которых клиент просит оценки, совета, разрешения, объяснения и т. п. (например: «Доктор Карл, согласны ли вы, что брак и старение взаимосвязаны?»). Все ответы Роджерса на первую группу вопросов носили прямой характер (клиент: «Вы понимаете, что это значит?» — Роджерс: «Несомненно, да»), при этом в ряде случаев — с эмпатическим сопровождением. Реакции Роджерса на вторую категорию вопросов также в большинстве своем являются прямыми ответами (клиент: «Если человек не хочет жить и не видит смысла жизни, с чем может быть связано его душевное беспокойство?» — Роджерс: «С тем, что он не чувствует себя счастливым...»). На вопросы третьей категории Роджерс по большей части также давал прямые ответы. Таким образом, на 60% вопросов Роджерс давал прямые ответы. Это означает, что терапевт должен быть честным, открытым и «прозрачным» с клиентом.

Еще один вопрос: следует ли в ходе терапии давать советы? Роджерс говорил, что если он знает оптимальное решение для клиента, то он сообщит ему это решение. Некоторые терапевты достаточно категоричны в этом вопросе. Так, психотерапевт из Лондона Д. Бак в одной из своих лекций сказал, что за 20 лет работы у него ни разу не было такого чувства, что он знает оптимальное решение для клиента. Важно, продолжал он, чтобы клиент чувствовал, что я хочу быть с ним, когда он будет искать это решение. Совет, если он и

дается, должен исходить не из интеллектуального взвешивания «за» и «против», а из переживаний клиента. Это означает, что совет терапевта, который имел опыт аналогичных переживаний и внутренней работы (в противном случае совет вряд ли возможен), может быть воспринят не сразу, а после определенного внутреннего движения клиента.

Обучение клиент-центрированной психотерапии — это прежде всего погружение в опыт переживания, качественных отношений. К техникам же человек как бы «дозревает». При этом техники не имеют статуса техники в точном значении этого слова. Подход Роджерса — это скорее стиль жизни, чем просто профессиональная техника.

Современное состояние и тенденции развития клиент-центрированной терапии.

Различные психотерапевтические походы и направления нередко описывают как харизматические: во-первых, во главе каждого такого направления стоит явный харизматический лидер, имеющий «свое» мировоззрение, в концентрированном виде отражающее одно из «биений» эпохи; во-вторых, язык психотерапии (концепции личности, формирования психопатологии и психотерапевтического изменения клиента) каждого направления настолько специфичен и метафоричен, что непереводим на другие психотерапевтические языки. Метафорическое описание человека и психотерапевтического процесса очень мало напоминает то, что можно было бы назвать «объективными» закономерностями психотерапевтического процесса. Именно поэтому в научном (особенно медицинском) сообществе предпринимаются попытки описать процесс формирования и терапии психопатологических и психосоматических расстройств на языке нейрофизиологии. Это вовсе не значит, что психологическая психотерапия находится на «донаучном» этапе формирования психотерапии или что она в принципе неверна. Напротив, в реальном живом процессе психотерапии происходит то, что объективное научное знание сегодня описать не может. Такой статус психологической психотерапии объясняет ее некоторый консерватизм — трудно отойти от харизматической традиции. Отход от традиции субъективно воспринимается как «измена отцу», как завышенные претензии и амбиции сыновей (последователей). Кроме того, система подготовки психотерапевтов сильно канонизирована, опирается на достаточно жесткие традиции. Вместе с тем в последние годы наметилась тенденция радикальных преобразований различных психотерапевтических направлений.

Современное состояние человек-центрированноого подхода *(PCA)* представлено в нижеприведенных тезисах. Причем это взгляд человека не извне *PCA,* а, напротив, того, кому близок этот подход, кто работает в его рамках, кто разделяет его ценности.

Во-первых, для современного человек-центрированного подхода характерна размытость концептуальных границ. Подход Роджерса является хорошей

метафорой человека, и вряд ли его основополагающие понятия («самоактуализирующая тенденция», «полностью функционирующая личность»[151], «эмпатия», «безусловное позитивное отношение к клиенту» и т. п.) имеют теоретический статус. Это те квазиконцептуальные образования, которые скорее нужно научиться чувствовать, переживать как некоторые экзистенции. Их понимание без переживания невозможно, как невозможно чисто технически обеспечить необходимые и достаточные условия терапевтического изменения клиента. Попытка придать основополагающим «понятиям» гуманистической психологии концептуальный статус приводит к определенным недоразумениям. Они кажутся либо тривиальными, а потому пустыми (так, один уважаемый профессор в своем выступлении на украинско-американском семинаре по гуманистической психологии прямо заявил, что все эти понятия являются лишь лозунгами), либо недостаточно проработанными (отсюда и теоретическая простота подхода — очень мало объяснительных переменных). Здесь много чувств, переживаний, того, что можно обозначить как «личностное», и мало теории. Границы *PCA*-терапии задаются очень метафорично и личностно. Возникает ситуация, когда под вывеской «клиент-центрированной терапии» уживаются совершенно разные, а порой и взаимоисключающие стили и практики терапии. Критерий директивности—недирективности является в известной мере внешним, определяющим лишь стиль поведения психотерапевта (жесткий, направляющий, улыбающийся, приветливый, отцовский, материнский и т. п.). Чарльз Девоншир, директор центра кросс-культурной коммуникации в США, утверждал, что главное не стиль (директивный или недирективный) терапии, а качество контакта психотерапевта с клиентом. Теория, содержащая минимум объяснительных категорий, относящаяся к разряду линейных схем (концепция «если..., то...»), вряд ли может задать достаточно четкие рамки терапевтического подхода. Такая концептуальная размытость, с одной стороны, предотвращает клиширование и терапевтов, и терапии, а с другой — размывает специфические границы терапии. На практике это означает, что нет ничего проще, чем назваться роджерианцем, компрометируя сам подход. Особенно это актуально для стран СНГ, в которых закончить сертифицированные учебные курсы *PCA*-терапии довольно проблематично и где каждый желающий может назваться *PCA*-терапевтом и фасилитатором групп встреч без соответствующей подготовки.

Второй характерной чертой современного человек-центрированного подхода является терапевтический эклектизм. Это совершенно нормальное явление для психотерапевтов, но оно создает ряд проблем для самой психотерапии. Сочетаются совершенно противоположные, несочетаемые подходы. Так, известный голландский клиент-центрированный терапевт Й. Хейзинга сочетает *PCA*-терапию с бихевиоральной. Думается, что такой эклектизм являет-

---

[151] В работе Роджерса «Взгляд на психотерапию: Становление личности» (М., 1994) понятие *full function personality* было переведено как «полноценно функционирующая личность», что, на наш взгляд, неправомерно, так как Роджерс подчеркивал момент объема реализующихся личностных функций, а не давал оценку качества функционирования личности.

ся показателем класса терапевта. Но каково место *PCA*-терапии в структуре комбинированного психотерапевтического процесса? Некоторые авторы прямо указывают, что *PCA*-терапию следует использовать в начале терапии для установления доверительного контакта, а затем применять другие психотерапевтические техники. При этом сама клиент-центрированная терапия сводится к достаточно банальным деонтологическим сентенциям: уважай, будь сердечным и т. п. *PCA*-терапия «вприкуску» размывает само ядро этой психотерапии. При таком понимании психотерапевт первоначально создает с клиентом *PCA*-контакт (личностного характера), а затем становится другим — техничным. В этом случае формируется система двойных связей с клиентом, когда в психотерапии уживаются альтернативные методологические принципы психотерапевтического контакта:

— «Нужно быть с клиентом и ничего с ним не делать» *versus* «Нужно произвести с клиентом саногенные действия»;

— «Не следует центрироваться на проблеме клиента» *versus* «Следует входить в проблему клиента»;

— «Нужно быть на полшага позади клиента» *versus* «Нужно направлять клиента, указывать ему дорогу» и т. п.

Ничего не делать с клиентом трудно и рискованно (и страшно), это создает у психотерапевта чувство профессиональной неуверенности. Тем более что в нашей ментальности за разговор (даже по душам) платить не привыкли. Вместе с тем *PCA*-терапия, как правило, является достаточно мягкой, щадящей, и в ней отсутствуют эксплицированные техники и выраженные внешние эффекты (к ним и не стремятся). За что же платить терапевту?

Еще одной характерной чертой является безразличие к патогенезу и структуре расстройств. *PCA*-терапия не имеет списка показаний, т. е. перечня тех видов расстройств, при которых она эффективна. Выясняется, что ее используют при решении супружеских проблем, терапии сексуальных расстройств, пограничных состояний и выраженной психопатологии. На VI форуме *PCA* (Греция, 1995) Г. Стопени-Наста в своем докладе рассматривала клиент-центрированную терапию транссексуализма. Если *PCA*-терапия является не техникой, а системой качественных отношений, то, очевидно, что проблема показаний к данному виду терапии вообще не стоит: хорошие отношения полезны в любом случае и при любой патологии. Вместе с тем конкретная практика требует обсуждения пределов и возможностей клиент-центрированной терапии. Поражает легкость, с которой ряд известных *PCA*-терапевтов судят о сексуальных расстройствах, семейных проблемах, неврозах, транссексуализме и т. п. и берутся за их терапию. Создается впечатление, что любые нарушения подвластны клиент-центрированной терапии, что не имеет значения клиническая форма расстройства, его структура и патогенетические механизмы. Важно лишь создать необходимые и достаточные условия терапевтического изменения клиента. Неслучайно, согласно данным Й. О. Прохазки и Дж. С. Норкросса (Prochaska, Norcross, p. 4), среди психиатров отсутствуют психотерапевты клиент-центрированной ориентации. Появилось

немало учителей *PCA*-терапии, не имеющих регулярной психотерапевтической практики. Именно эта группа терапевтов отстаивает «чистоту» *PCA*-терапии. В таких условиях терапия вырождается, становится чем-то существующим для самого себя, сливается с нетерапевтической частью *PCA* (один из семинаров VI форума *PCA* носил название «Любовь, секс, деньги»). Сама *PCA* имеет тенденцию превращения в парарелигиозное конфессионное движение. Альберте Сегрера, специалист из Мексики, прямо указывает на эту опасность в развитии *PCA*. Вместе с тем следует отметить, что в последние годы появилась тенденция ревизии того ключевого положения клиент-центрированной терапии, согласно которому данный вид терапии не должен учитывать характер проблемы клиента. Так, в июле 2003 г. в Амстердаме (Нидерланды) состоялся VI Международная конференция по человек-центрированной и экспериментальной психотерапии и консультированию по теме «Процессуальная дифференциация и человек-центрированность» *(Process Differentiation and Person-Centeredness)*, где обсуждались проблемы спецификации психотерапии в зависимости от жалобы (проблемы) клиента. Однако структура расстройства, типология клиента и т. п. по-прежнему выпадают из рассмотрения.

Следующей особенностью является слияние профессиональной клиент-центрированной терапии с *PCA*-движением. Объединение профессиональных *PCA*-терапевтов и тех, кому близки ценности *PCA*, приводит к формированию особой *PCA*-культуры со своим сленгом, традициями, нормами коммуникации. По этому поводу сложен не один анекдот, а общение членов сообщества с обязательными прикосновениями и поцелуями поначалу просто поражает. Рут Санфорд подчеркнула, что Роджерс всегда стремился к тому, чтобы люди были ближе, теплее друг к другу. Это своеобразное преломление мечты быть вместе в рамках отношений взаимоотчужденности и изолированности. Данная черта *PCA* близка нашей ментальности, взращенной на общинности и соборности, одним из генетических механизмов которой является слияние в «мы» как механизм психологической защиты. На данном этапе социокультурного развития у многих наших соотечественников существует проблема разрушения «мы»-связей и становления самодостаточного «Я» (культурная модель человека-локатора трансформируется в модель человека-Робинзона). Безусловно, на уровне глубоких переживаний *PCA* обеспечивает баланс процессов социальной сепарации и интеграции. Вместе с тем на конвенциональном уровне, на котором изголодавшиеся по общению и любви люди находят друг друга в группах встреч, преобладают процессы интеграции (слияния в «мы»). Все, кто бывал в таких коммунах и группах встреч, знают этот уникальный, ни с чем не сравнимый опыт быть вместе. Такой опыт может выродиться в защитную форму безопасного бытия в «мы», останавливая процессы сепарации «Я» (формирования аутоидентичного субъекта) и укрепляя различные формы межличностной зависимости. На наш взгляд, *PCA*, отстаивая общечеловеческие ценности, должен развиваться в

конкретных профессиональных формах, а не как некое общечеловеческое движение непрофессионалов.

В *PCA*-терапии идея терапевтических микрофрустраций клиента представлена в свернутой, имплицитной форме. Это означает, что среди клиент-центрированных терапевтов живет идея недирективных, мягких терапевтических интервенций, обслуживающих эмпатическую сторону контакта. Очевидно, что такая поддержка важна для коррекции расстройств психотического регистра. Психотерапия же невротических расстройств в той или иной степени должна быть соотнесена с идеей терапевтических фрустраций[152], которая специально не подвергалась рефлексии в рамках *PCA*.

Наконец, в концепции Роджерса практически отсутствует вертикальное (духовное) измерение: «Бог умер, религия больше не говорит с человеком в современном мире» (Тиллих, Роджерс). Духовность редуцируется к системе качественных межличностных отношений, «топя» Бога в межличностном пространстве. «Я» стремится обрести свою истинность в межчеловеческих отношениях, в «Я-Ты» связях. Сердечность и уважение, безусловно, важны, но могут стать искусственной средой суррогатного общения, не знающей и не желающей знать реальность. На таком конвенциональном уровне *PCA* может быть даже опасно для культуры. Теплота, сердечность и безусловное уважение, свойственные подобным коммунам, вряд ли могут рассматриваться как облигатные характеристики любого эффективного контакта. Во всяком случае, распространение этих ценностей на школы бизнеса не дало ожидаемых результатов.

Необходимо упомянуть и о временных ограничениях *PCA*-терапии. В странах СНГ подавляющая часть пациентов, «воспитанных» врачами соматического профиля, рассчитывает на традиционные 10 сеансов (10 уколов, 10 массажей, 10 ванн и т. п.). Сегодня актуальны краткосрочные формы терапии. Кроме того, любые психологизированные формы терапии требуют психологизированных клиентов, которых у нас в рамках общеполиклинической сети еще маловато. Поэтому психологизированная психотерапия хорошо идет на семинарах для психологов, но может оказаться, и зачастую оказывается, экологически невалидной. В этом смысле нам нужен собственный культурно-специфичный вариант *PCA*.

Вышеописанная ситуация в *PCA*-движении позволяет ряду *PCA*-терапевтов говорить о кризисе *PCA*. В связи с этим важно цивилизованно интернализировать *PCA*, сделать его элементом культуры, развивающим своих граждан.

[152] Обсуждение этой идеи можно найти в книге Ф. Фаррелли и Ш. Брандсма «Провокационная терапия» (Екатеринбург, 1996).

Вопросы и задания.

1. Опишите необходимые и достаточные условия психотерапевтического изменения клиента.

2. Каков патогенез неврозов в концепции К. Р. Роджерса?

3. Какие психотерапевтические механизмы актуализируются в клиент-центрированной психотерапии?

4. Что является результатом клиент-центрированной психотерапии?

5. Что такое техника рефлексивных ответов?

6. Опишите технику эмпатических ответов.

7. Опишите технику терапевтической метафоры. Каковы функции метафоры в психотерапевтическом процессе?

Литература.

Орлов А. Б., Хазанова М. А. Феномены эмпатии и конгруэнтности // Вопросы психологии. — 1993. — № 4, — С. 68-73.

Роджерс К. Взгляд на психотерапию: Становление человека. — М., 1994.

Роджерс К. Клиент-центрированная терапия. — М., 1997.

Роджерс К. О групповой психотерапии. — М., 1993.

Тиллих П., Роджерс К. Диалог // Московский психотерапевтический журнал. — 1994. — № 2. — С. 143-150.

Barrett-Lennard G. T. Dimensions of the therapist response as causal factors in therapeutic change // Psychological Monographs. — 1962. — Vol. 76(43). — № 562.

Bozarth J. D., Brodley B. T. Client-centered Psychotherapy // Person-centered review. — 1986. — Vol. 1. — № 3. — P. 262-271.

Bozarth J. D. The evolution of Carl Rogers as a therapist // Person-centered review. — 1990. — Vol. 5. — № 4. — P. 386-393.

Devonshire Ch. M. Person-centered theory // The person-centered approach and cross-cultural communication: An international review. — Vol. 1. — Dublin, 1991. — P.15-42.

Hopper P. P., Rogers M. E., Lee L. A. Carl Rogers: reflections on his life // Journal of Counseling and Development. — 1984. — № 63. — P. 14-63.

Meador B. D., Rogers C. R. Person-centered therapy // Current Psychotherapies / R. J. Corsini (ed.). — Ithaca, 1984. — P. 142-195.

Mearns D. The Person-Centred Approach to Therapy. Paper presented at the Scottish Association for Counseling, 31st May, 1980.

Raskin N. The concept of the self in client-centered therapy and the person-centered approach, 1940-1980. The report presented at the department of Psychiatry's Grand Rounds conference. Northwestern University medical school. — Chicago, 1980.

Raskin N. J., Rogers C. R. Person-centered therapy // Current Psychotherapies. — Ithaca, 1989. — 4th ed. — P. 155-194.

Rogers C. R. Counseling and Psychotherapy. — Boston, 1942.

Rogers C. R. Client-centered therapy: it current practice, implications and theory. — Boston, 1951.

Rogers C. R., Dymond R. E. Psychotherapy and personality change. — Chicago, 1954.

Rogers C. R., Segal R. H. Psychotherapy in process, the case of miss Mun (film). — Pittsburgh, 1955.

Rogers C. R. The necessary and sufficient condition of personality change // Journal of Consulting Psychology. — 1957. — № 21. — P. 95-103.

Rogers C. R. A theory of personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework // A study of a science. Vol. 3. Formulation of the person and social context. — New York, 1959. — P. 184-256.

Rogers C. R. On becoming a person. — Boston, 1961.

Rogers C. R. Freedom to learn: A review of what education might become. — Columbus, 1969.

Rogers C. R. Carl Rogers on encounter groups. — New York, 1970.

Rogers C. R. A way of being. — Boston, 1970.

Rogers C. R., Segal R. H. Psychotherapy in process the case of Miss Mun (film). — Pittsburgh, 1955.

Strupp H. H. An objective comparison of Rogerian and Psychoanalytic techniques // Journal of Consulting Psychology. — 1955. — Vol. 19. — № 1. — P. 1-7.

Zimring F. Something about the therapist // Five therapists and a client. — New York, 1991. — P. 59-96.

Глава 10. Когнитивная психотерапия.

Введение.

Уроженец Провиденса, штат Род-Айленд, Аарон Бек[153] интересовался психиатрией столько, сколько себя помнил. В университете Брауна, где он учился, Бек был главным редактором газеты и удостоился нескольких наград. После того, как в 1942 г. он получил диплом с отличием, Бек начал медицинскую карьеру в Йельской школе медицины. Интернатуру он проходил на кафедре патологии в больнице Род-Айленда. Первоначально он заинтересовался психиатрией, но вскоре понял, что эта область весьма туманна и малонаучна, и занялся неврологией, в которой нашел достойную науки точность по-

[153] Как ни странно, в большинстве биографий Бека нет сведений о дате его рождения.

зитивистского знания и социальную ценность. Изменения, происходившие в психиатрии и связанные с распространением психоаналитической теории и техники, заинтриговали его. Он провел два года в качестве студента в центре Остин Риггз в Стокбридже, где приобрел значительный опыт в проведении долгосрочной психотерапии. Во время Корейской войны Бек проводил исследования в военном госпитале Валлей Форж, где был помощником заведующего в области нейропсихиатрии.

В 1954 г. Бек стал профессором психиатрии в Пенсильванском университете. Вначале он проводил исследования в области психоаналитических теорий депрессии, но когда они не подтвердились, Бек разработал новый теоретико-клинический подход, который назвал когнитивной терапией. С 1959 г. он направил свои научные интересы на исследования психопатологии депрессии, самоубийств, тревожных и панических расстройств, алкоголизма, наркозависимости, расстройств личности и возможности их когнитивной терапии. Бек опубликовал 375 статей и 14 книг.

Бек является консультантом нескольких обзорных выпусков Национального института психического здоровья, работал в редакционных советах многих журналов и читал лекции по всему миру. Его приглашали читать цикл лекций в Центре медицинских исследований в Оксфорде и колледже Вульфсон. В последнее время, в качестве консультанта психиатрических клиник и организаций по уходу за больными, он организовал стационарное лечение, частичную госпитализацию и амбулаторные программы, где используется когнитивная терапия.

В начале 1960-х гг. Бек опубликовал результаты собственных исследований депрессии. Проверяя фрейдовскую модель депрессии как гнева, направленного на себя, автор сделал вывод, что суть депрессии — искаженные когнитивные процессы, а именно — внутреннее ощущение безнадежности. Эта безнадежность является результатом неправильных обобщений пациентом своего жизненного опыта. Дальнейшие исследования показали, что определенные психопатологические состояния (фобии, тревога, гипоманиакальные расстройства, ипохондрия, нервная анорексия, суицидальное поведение и т. и.) являются формами проявления нарушенных когнитивных процессов. Следовательно, пациенты страдают от собственных мыслей. Поэтому в терапии следует изменить неадаптивные мысли, т. е. те, которые лежат в основе психопатологических проявлений. Таким образом, мишенью когнитивной терапии служат неправильные когнитивные образования — неадаптивные мысли, убеждения и образы.

В отличие от психоаналитиков когнитивные терапевты работают с сознательным содержанием. Предполагается, что мысли и образы, воздействующие на поведение, неглубоко спрятаны в бессознательном. Когнитивные терапевты не рассматривают высказывания пациента как ширму, за которой скрыты глубинные мотивационные проблемы. Терапевт не интерпретирует высказывания пациента, а поощряет его к самоисследованию. По принципам и техникам когнитивная терапия близка бихевиоральной терапии. Их общи-

ми чертами являются эмпиричность, центрированность на настоящем, ориентация на проблему, необходимость точной идентификации проблем и ситуаций, в которых они возникают. В техническом аспекте когнитивная терапия использует поведенческие методы. А. Бандура показал, что один из наиболее эффективных способов изменения мыслей, образов и убеждений — изменение поведения. Вместе с тем работа с депрессивными пациентами продемонстрировала, что когнитивные изменения не обязательны при изменении поведения. Именно по этой причине недостаточно использовать только поведенческие техники.

По сравнению с психоанализом когнитивная терапия краткосрочна. Например, терапия депрессии укладывается в рамки 25 сессий в течение 20 педель. Сегодня существуют десятки учебных и научных центров когнитивной терапии в университетах и клиниках Европы и США. Один из известнейших центров — Пенсильванский университет. Издается ряд специальных журналов: *International Cognitive Therapy Newsletter, Cognitive Therapy and Research, Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly.*

Теория терапии.

Джеймс Прохазка и Джон Норкросс (Prochaska, р. 330-331) сформулировали основные черты когнитивной терапии:

1) неудовлетворенность клинической теорией и результатами психоанализа;

2) когнитивная ориентация — помощь клиентам состоит в том, чтобы научить их правильно мыслить, так как все проблемы проистекают из нарушений мышления;

3) эмпиризм — теория должна отвечать принципам объективной науки, никакие мифы о природе человека недопустимы;

4) проблемная ориентация — направленность на решение конкретных проблем взаимоотношений, а не на проработку глубинных личностных травм;

5) психотерапия является разновидностью обучения, а психотерапевт выполняет роли учителя и ученого;

6) обязательным элементом лечения является домашняя работа клиента.

Эмоциональные и поведенческие проблемы связаны с нарушенными когнитивными процессами. Например, если человек реагирует страхом на стук в дверь («это грабитель»), то в основе такого логического вывода и эмоциональной реакции (страха) может лежать малоосознаваемое убеждение «все люди опасны». Мысли, мешающие справиться с жизненными ситуациями, вызывающие внутреннюю дисгармонию и болезненные эмоциональные реакции, Бек называет **неадаптивными мыслями.** Сама по себе мысль может быть вполне реалистичной. Например, монтажники-высотники могут испытывать не только серьезный дискомфорт, но и подвергаться большой опасности из-за возникновения мыслей или образов о падении. Подобные мысли

вызывают головокружение и дрожь, которые нарушают равновесие. Один 24-летний мужчина жаловался на невыносимую навязчивую мысль о том, что его жену всюду подстерегает опасность изнасилования. Кроме того, он постоянно и необоснованно ревновал жену. Оказалось, что в основе его переживаний была мысль: «Я недостоин жены, я низкорослый и слабый».

Неадаптивные мысли характеризуются «автоматичностью», «эго»-синтонностью, слабой осознанностью, трудной доступностью и устойчивостью. Бек говорит об «автоматических» мыслях в связи с тем, что они возникают сами по себе, непроизвольно. **Автоматические мысли**, как правило, не осознаются, но это не значит, что мысли находятся в пространстве фрейдовского бессознательного (вытеснены, подавлены). Поясняя эту мысль, Бек проводит аналогию с человеком, который не в силах заснуть. Он может не осознавать, что его состояние вызывается неприятными звуками вроде громкого тиканья часов или шума транспорта. Не будучи подготовленным, человек может не заметить автоматические мысли. Поэтому одним из важнейших шагов в когнитивной терапии является выявление (идентификация) пациентом собственных автоматических мыслей. Пациент может сообщить множество ситуаций, в которых у него возникает необъяснимая тревога. Она становится понятной лишь тогда, когда пациент восстанавливает мысли, возникающие в ответ на психотравмирующие ситуации.

Автоматическая мысль может быть малоосознаваемой в связи с ее быстротечностью. Кроме того, **эго-синтонность** этой мысли, т. е. переживание пациентом этой мысли как собственной (не чуждой, не вложенной), делает эту мысль очевидной. Например, мысль: «Смерть — это ужасно» приводит к возникновению, с одной стороны, страха смерти, а с другой — к полной уверенности в истинности этой мысли («А как же еще?!»). Очевидность автоматических мыслей и их слабая осознанность делают их труднодоступными в терапии. Автоматические мысли основываются на более глубоких **базовых убеждениях.** Например, за убеждением: «Я ответствен за счастье других» может скрываться другое, более ранящее убеждение — «Я ничего из себя не представляю, я не нужен другим людям. Чтобы быть принятым и/или нужным, я должен служить другим, жить ради них!». Такие, более глубокие по сравнению с автоматическими мыслями убеждения могут быть сведены к базовым, специфическим для данного типа характера: «Я не чувствую себя в безопасности», «Я несвободен», «Я ничего в жизни не могу достичь без поддержки других», «Я лучше и совершеннее других» и т. п. Негативные убеждения могут быть генерализованными («Я совершенно никчемный человек») и условными (имеют место при каком-либо условии, например: «Если я не первый, то я никто», «Если я кому-либо не нравлюсь, то я недостоин любви»).

Автоматические мысли искажают реальность, что делает их дезадаптивными. Бек описывает следующие виды искажения.

1. **Произвольные заключения.** Человек делает определенные выводы без опоры на факты или даже вопреки им. Так, мать, весь день посвятившая ребенку, заключает: «Я ужасная мать».

2. **Избирательное абстрагирование.** На основе детали, выхваченной из контекста, делается вывод, который не согласуется со всей остальной информацией. Так, например, на одной из вечеринок муж заметил, что его жена много времени провела в разговорах с одним из присутствовавших там мужчин. Это вызвало ревность, которая основывалась на убеждении: «Моя жена меня не любит». Суть этого искажения состоит в том, что человек судит о том, кто он есть, по своим неудачам.

3. **Сверхгенерализация.** В этом случае из одного или нескольких изолированных эпизодов выводится общее правило, которое распространяется на широкий круг ситуаций. Например, после эпизода неразделенной любви женщина делает вывод: «Меня никто и никогда не полюбит». Иными словами, такой индивид убежден, что если что-либо истинно для одной ситуации, то относится и ко всем более-менее похожим ситуациям.

4. **Преувеличение и минимизация.** Пример преувеличения: «Если я получу двойку на экзамене — это будет катастрофой»; пример минимизации: «Ничего страшного с моей грудью не происходит» (мысли женщины с симптомами рака груди).

5. **Персонализация.** Приписывание себе ответственности за поведение других, например: «Я его чем-то обидел». Базовое убеждение здесь следующее: «Только я в ответе за собственные неудачи, промахи и жизненные ошибки». Этот тип искажения может быть назван чрезмерной ответственностью.

6. **Дихотомическое мышление («черно-белое» восприятие).** Возможны только полный успех или полное поражение, люди только хорошие или только плохие.

7. **Принятие на свой счет**: «Когда у меня что-то не получается, это очевидно для всех и привлекает всеобщее внимание».

В ходе терапии следует помочь клиенту осознать вышеприведенные типы когнитивных искажений.

Психотерапия включает в себя следующие этапы.

I этап — идентификация (опознание) неадаптивных мыслей

С этой целью используются техники сосредоточения на мыслях, возникающих в реальных психотравмирующих ситуациях (наблюдение *in vivo*), и «проигрывания» психотравмирующей ситуации в воображении (**имагинальная техника**, наблюдение *in vitro*). При этом пациента просят наблюдать за возникающими автоматическими мыслями. Помимо этого используются вопросы, позволяющие пациенту продвинуться к глубинным, плохо осознаваемым неадаптивным убеждениям.

Наиболее популярным методом когнитивной психотерапии является «сократический диалог». В рамках этого метода терапевт задает такие вопросы,

которые позволяют пациенту, во-первых, прояснить или определить собственную проблему, а во-вторых, идентифицировать (прояснить) собственные неадаптивные мысли, убеждения и образы.

Вопросы терапевта позволяют вскрыть основополагающие убеждения мифологии пациента. Раз за разом терапевт спрашивает «А что в этом плохого?», и так продолжается до тех пор, пока пациент уже не может найти объяснения и повторяет одно и то же. Например, когда терапевт спрашивает: «Что плохого в том, что вас критикует незнакомый человек?», пациент недоумевает: «Само собой, это плохо. Это плохо, и все. Что тут объяснять?». Когда обнаружены такие глубинные убеждения, начинается их терапия.

Неадаптивные мысли характеризуются двумя дихотомиями: опасность-безопасность и боль-удовольствие. В качестве примеров автоматических мыслей первой группы можно привести следующие: «Ужасно, если кто-то будет плохо обо мне думать»; «Близкие простят мне все, а с незнакомыми нужно быть повнимательнее» (люди с такими мыслями очень скованны в незнакомой компании); «Люди не любят слабостей» (такое убеждение делает человека скрытным, чтобы никто не узнал о его семейных, профессиональных и иных проблемах). Примерами автоматических мыслей второй группы будут следующие: «Чтобы быть счастливым, нужно, чтобы все вокруг тебя любили»; «Чтобы быть счастливым, нужно достигать успеха в любом деле»; «Если он меня не любит, я никчемна».

II этап когнитивной психотерапии — отдаление

Суть этапа состоит в том, что пациент должен встать в объективную позицию по отношению к собственным мыслям, т. е. отдалиться от них. На первом этапе неадаптивная мысль выявлена (например, «Я слаб и беспомощен»), и теперь пациент понимает, что эта мысль есть, что она мешает, вызывает эмоциональные и поведенческие проблемы. На втором этапе терапии пациент должен усомниться в проблеме, сделать ее гипотезой, посмотреть на нее со стороны. Призывы терапевта мыслить конструктивно обычно не помогают: пациент осознает свою мысль, но не сомневается в ее истинности и не рассматривает ее как неадаптивную. Отстранение подразумевает три компонента:

1) осознание автоматизма «плохой» мысли, ее самопроизвольности, чуждости Я;

2) осознание того, что «плохая» мысль неадаптивна, т. е. вызывает страдание;

3) появление сомнений в истинности неадаптивной мысли.

Обычно пациент достаточно легко осознает неадаптивность и ложность «плохой» мысли, но добиться отчуждения этой мысли от Эго значительно труднее. Бек приводит следующий терапевтический диалог.

Пациент. Я никчемный человек, неудачник.

Терапевт. Но это плохая мысль, она заставляет вас страдать.

Пациент. Вот видите, и мысли у меня плохие. Я неудачник.

Таким образом, основным компонентом этапа отстранения является первый.

III этап терапии — проверка истинности неадаптивной мысли

Суть данного этапа состоит в том, что психотерапевт побуждает пациента к проверке обоснованности (валидности) неадаптивной мысли. С этой целью используются как когнитивные, так и поведенческие техники. Если проверка пациентом собственных неадаптивных мыслей показывает, что они необоснованны, беспочвенны, не опираются на объективную реальность, то возникает возможность избавиться от этих мыслей. Пациент начинает понимать, что указанные мысли связаны с особенностями его характера, воспитания, а не с реальными характеристиками среды, ситуации. После этого пациент меняет неадаптивные убеждения на адаптивные. В этой замене и состоит суть **IV этапа.**

Патогенез психопатологических расстройств.

Каждый человек имеет предрасположенность, уязвимость к определенным психотравмирующим ситуациям, к так называемым «местам наименьшего сопротивления» *(Locus minoris resistentia).* По Беку, эта уязвимость связана с личностной структурой. Личность, в свою очередь, представляет собой совокупность когнитивных схем, формирующихся по ходу жизни в индивидуальном опыте в связи с научением и идентификацией со значимыми людьми. Каждое расстройство имеет собственное типичное когнитивное содержание. Бек указывает, что когнитивные профили депрессии, тревоги и других расстройств различны и требуют совершенно разных терапевтических подходов. Ниже приведены когнитивные модели ряда психопатологических расстройств.

Когнитивная модель депрессии.

Когнитивная триада депрессии включает: 1) негативный взгляд на мир; 2) негативный взгляд на будущее; 3) негативный взгляд на себя. Пациент воспринимает себя как неадекватного, брошенного, ничего не стоящего. У пациента имеются убеждения, что он зависим от других и не может самостоятельно достичь ни одной жизненной цели. Такой пациент крайне пессимистично рисует будущее и не видит никакого выхода. Эта безнадежность может привести к суицидальным мыслям. Мотивационные, поведенческие и физические симптомы депрессии производны от когнитивных схем. Пациент считает, что у него отсутствует способность контролировать ситуацию, совладать с ней. Зависимость пациента от других людей (считает, что ничего не может сделать самостоятельно) воспринимается им как проявление собственной некомпетентности, беспомощности. Переоцениваются вполне обычные жизненные трудности, которые воспринимаются как невыносимые. Физические симптомы депрессии — низкая энергия, усталость, инертность.

Важную роль в выздоровлении играют опровержение негативных ожиданий и демонстрация моторной способности.

Когнитивная модель тревожных расстройств.

Пациенты нечувствительны к сигналам, свидетельствующим о снижении угрозы (опасности). Имеется готовность воспринимать ситуации как опасные. Следовательно, в случаях тревожности когнитивное содержание вращается вокруг тем опасности.

Фобия.

Пациенты антиципируют физический или психический вред в специфических ситуациях. Вне рамок этих ситуаций они чувствуют себя комфортно. Когда пациенты попадают в эти ситуации, они испытывают типичные физиологические и психологические симптомы тревоги. В результате подкрепляется стремление избегания таких ситуаций в будущем.

Суицидальное поведение.

Здесь когнитивные процессы имеют две черты:

— высокий уровень безнадежности;

— трудности в принятии решений.

Повышение уровня безнадежности приводит к росту вероятности суицидального поведения. Безнадежность усиливает трудности в принятии решений. Отсюда трудности в совладании с ситуациями.

Процесс психотерапии.

Начальные сессии.

Прежде всего терапевт должен установить с пациентом **коллаборативные отношения** (т. е. отношения сотрудничества). Для этого используются информирование о когнитивной психотерапии, определение проблемы, выявление автоматических мыслей. Коллаборация состоит в том, что терапевт и пациент являются соисследователями в поиске автоматических мыслей и проверке их обоснованности. Далее начинается анализ проблемы, состоящий из двух частей: функционального и когнитивного анализа. Функциональный анализ идентифицирует элементы проблемы, т. е. то, как она проявляется, в каких ситуациях это происходит, какова частота, интенсивность и продолжительность этих ситуаций. Когнитивный анализ выявляет мысли и образы, свойственные данному индивиду в ситуациях психотравмы. Исследуется уровень, до которого пациент контролирует свои мысли и образы, возникающие в ситуациях напряжения.

На первой сессии создается так называемый список проблем. Этот список включает специфические симптомы, формы поведения или глубокие проблемы. Эти проблемы располагаются по приоритету в качестве мишеней терапевтического воздействия. Основой иерархизации симптомов служат их тя-

жесть, удельный вес в структуре жизнедеятельности. Кроме того, эти проблемы (межличностные, личностные и вегетативные) могут быть взаимосвязаны. Опознание проблем с одинаковыми причинами и их соответствующая группировка обозначаются Беком как «сведение проблем». Бек приводит в качестве примера женщину с множественными фобиями: лифтов, тоннелей, гор, замкнутых пространств, поездок в открытой машине, полетов на самолете, купания, быстрой ходьбы или бега, сильного ветра и жарких, душных дней. Общее в этих фобиях — страх перед удушьем. Таким образом, в фокусе терапии оказывается следующая мысль: «Я легко могу задохнуться». Симптомы депрессии сводятся к низкой самооценке и негативным ожиданиям (закончится любовь, поддержка, хорошая музыка и т. д.). При сведении проблем к нескольким базовым автоматическим мыслям работа ведется с первичными симптомами, а соответственно и мыслями. Бек приводит пример с депрессией одного аспиранта, в основе которой лежало ожидание физической катастрофы. Поэтому мишенью терапии явилась мысль: «Со мной произойдет физическая катастрофа», а не мысль: «Я никчемен и беспомощен».

На первых сессиях терапевт активен. Он расспрашивает пациента, готовит его к когнитивной терапии, активно работает над снижением выраженности симптома. Уже на первой сессии пациент получает домашнее задание: он должен понаблюдать за мыслями, возникающими у него в психотравмирующих ситуациях, постараться выделить их все и пересчитать.

Поздние сессии.

По ходу работы акцепт переносится на неадаптивные мысли, которые подвергаются не поведенческой проверке (что затруднительно), а логическому анализу. Так, мысль «Я никогда не буду счастлив» проверить невозможно, но важно, чтобы пациент проверил логику этого обобщения.

К концу терапии пациент занимает активную позицию, терапия постепенно переходит в аутотерапию. Завершение терапии происходит на последних двух сессиях, сильно разнесенных по времени (в течение одного-двух месяцев).

Техники терапии.

Техники выявления автоматических мыслей.

Автоматические мысли выявляются путем расспросов пациента. Если пациент с трудом вспоминает мысли, то необходимо отыскать неадаптивные визуальные образы. Кроме того, используется техника проигрывания ролей, в рамках которой пациент побуждается к отслеживанию собственных автоматических мыслей. Но автоматические мысли обнаруживаются скорее в реальной, а не в терапевтической ситуации. Реальная психотравмирующая ситуация вызывает эмоции и актуализацию неадаптивных мыслей, которые становятся «горячими». Такие «горячие» мысли и образы более доступны наблюдению. Следует проверить, является ли найденная пациентом (с помо-

щью терапевта) автоматическая мысль мифологемой или действительно имеет место в действительности (хотя и не осознавалась) и связывает между собой травматическую ситуацию и психопатологические эмоциональные реакции. Поэтому эти мысли проверяются непосредственными поведенческими фактами и/или логическим анализом.

Например, если мужчина открыл в себе автоматическую мысль: «Я не могу разговаривать с красивыми женщинами», его поощряют проверить эту мысль в реальном общении. Может оказаться, что она подлежит корректировке, например «Я боюсь властных женщин» или «Я боюсь быть отвергнутым» и т. п. В основе нескольких разных автоматических мыслей может лежать одно неадаптивное убеждение, например «Я никчемный человек». Очевидно, что это убеждение проявляется в ряде самых различных мыслей, таких как «Жена меня не любит», «У меня не получится это сделать» и т. п. Терапевт может помочь пациенту выявить общее в этих различных автоматических мыслях. Терапевт не должен навязывать пациенту это обобщение, не должен интерпретировать его поведение. Поэтому терапевту следует все время проверять, насколько пациент с ним согласен, и быть бдительным к сигналам несогласия пациента. Бек приводит следующий пример проверки согласия.

Терапевт. Ну а теперь, услышав мою формулировку проблемы, что вы о ней думаете?

Пациент. Мне кажется, что все верно.

Терапевт. Когда я говорил, было ли у вас ощущение, что вы с чем-то не согласны?

Пациент. Не думаю.

Терапевт. Вы скажете, если не будете уверены в чем-то, что я говорю, не так ли? Знаете ли, некоторые пациенты не хотят расходиться во мнениях с врачом.

Пациент. В таком случае замечу, что все, что вы говорили, кажется логичным, но до конца вы меня не убедили.

Пациенты соглашаются с терапевтом из-за страха оспорить его мнение и из потребности доставить ему удовольствие. Пациент имеет право не согласиться с терапевтом и найти более точные формулировки собственных мыслей.

Техники проверки обоснованности (валидности) автоматических мыслей и когнитивного реконструирования.

Пациент может отказаться от неадаптивной мысли только тогда, когда будет убежден в том, что она неверна — «Господи, а я столько лет жил с этой мыслью. Какой же я был дурак!». Убедиться в «глупости» своей мысли — значит сделать шаг к тому, чтобы, во-первых, диссоциироваться от нее и, во-вторых, отказаться от нее. В когнитивной терапии используются различные

когнитивные и поведенческие техники, способствующие тому, чтобы пациент отказался от неадаптивных мыслей.

1. **Проверка обоснованности автоматической мысли следствиями из нее.** Бек приводит следующий пример (случай экзаменационного стресса).

Пациент. Если я провалюсь — это катастрофа.

Терапевт. А что произойдет, если вы провалитесь? Умрут ваши родственники, от вас уйдет жена?

Пациент. Нет, я просто буду плохо себя чувствовать.

Терапевт. Представьте, что будет, если вы получите два.

Пациент. Я буду плохо себя чувствовать.

Терапевт. И как долго?

Пациент. Дня два.

Терапевт. И из-за такой малости вы считаете эту ситуацию катастрофой?

Эта техника носит и другое название — **декатастрофизация**, или **техника «что, если».**

2. **Побуждение к проверке неадаптивной мысли в реальном действии.** Например, у депрессивного больного имеется мысль: «Я ни к чему не способен». Пациента побуждают к маленьким, но реальным успешным действиям. Например, женщину побуждают к тому, чтобы она приготовила обед и т. п. Пациент выполняет все более трудные задания.

3. **Сравнение с другими.** Пример Бека.

Пациент. Жизнь бесполезна, так как я ничего не достиг в профессии и ничего из себя не представляю.

Терапевт. Многие люди не достигают высот в профессии и тем не менее счастливы.

4. **Метод выявления логических несоответствий** в системе убеждений клиента. Бек приводит в качестве примера работу с женщиной, имевшей суицидальные мысли из-за измен мужа.

Терапевт. Почему вы хотите покончить с собой?

Пациентка. Без мужа я ничто... Без мужа мне не будет счастья... Но я не могу спасти наш брак.

Терапевт. Какими были ваши супружеские отношения?

Пациентка. Несчастными с самого начала... Муж вечно мне изменял. Я почти не видела его последние пять лет.

Терапевт. Вы говорите, что не будете счастливы без мужа... Но счастливы ли вы рядом с ним?

Пациентка. Нет, мы все время ссоримся.

Терапевт. Вы говорите, что без мужа вы ничто. Вы были этим «ничто» и до встречи с мужем?

Пациентка. Нет, мне казалось, что я из себя что-то представляю.

Терапевт. Если вы что-то из себя представляли до знакомства с мужем, почему сейчас вам для этого необходим он?

Пациентка (озадаченно). Гм...

Терапевт. Были ли у вас приятели до встречи с мужем?

Пациентка. Я пользовалась тогда довольно большой популярностью.

Терапевт. Почему вы считаете, что не будете пользоваться популярностью теперь?

Пациентка. Потому что не смогу привлечь другого мужчину.

Терапевт. Проявляли ли мужчины интерес к вам после замужества?

Пациентка. Множество мужчин приставали ко мне, но я их игнорировала.

Терапевт. Если вы будете свободны, сможете ли вы их заинтересовать?

Пациентка. Не знаю... думаю, что смогу.

Терапевт. Вы говорите, что не можете вынести мысль о разрыве брака. Правда ли, что вы не видели мужа последние пять лет?

Пациентка. Да, я видела его лишь пару раз в году.

Терапевт. А не может ли случиться, что вы встретите другого мужчину, более верного, чем ваш нынешний муж?

Пациентка. Думаю, что это возможно.

Терапевт. Есть ли шансы, что вы снова сойдетесь с мужем?

Пациентка. Нет... У него другая женщина. Я ему не нужна.

Терапевт. Тогда что вы теряете, разорвав брак?

Пациентка. Не знаю.

Терапевт. Если ваш брак был не настоящим, что вы реально теряете, разорвав его?

Пациентка (после длительной паузы). Думаю, что ничего.

Как видно на этом примере, неадаптивные мысли сменяются адаптивными.

5. **Метод катарсиса.** Если у пациента наблюдаются печаль и непринятие себя как личности, терапевт побуждает его к аффективной вербализации своего состояния и плачу. Когда пациент плачет, он начинает себя жалеть. Поэтому происходит смена неадаптивной мысли отрицания себя на симпатию к самому себе.

6. **Метод идентификации.** Терапевт рассказывает пациенту о другом пациенте с подобными проблемами. Пациент идентифицирует себя с героем рассказа, жалеет его, а следовательно и себя. Вследствие этого когнитивные установки изменяются.

7. **Поощрение гетероагрессии (при депрессии)** — перевод самопорицания в порицание других. Гнев может дать ощущение силы и власти. Пациент начинает воспринимать себя более благоприятно.

8. **Метод отвлечения** — вовлечение в интересную деятельность (общение). Используется для снижения уровня сильных эмоций и негативного

мышления. Предполагает физическую активность, социальные контакты, игры и т. п.

9. **Метод записи событий дня.** Пример использования этой техники: женщина жалуется на поведение сына.

Пациентка. Сын меня не слушается.

Терапевт. Ставьте знак «+» в листе наблюдений всякий раз, когда сын послушался вас, и знак «-», когда не послушался.

Если пациент жалуется: «Все люди агрессивно настроены по отношению ко мне», то терапевт дает такой же совет — отмечать «+» или «-» каждое взаимодействие с людьми.

10. **Имагинальная техника.**

Пациент. Я не смогу.

Терапевт. Вообразите и попробуйте.

11. **Метод разыгрывания ролей.** Пример: терапевт играет роль сурового критика, встав на позицию, с которой депрессивный пациент постоянно критикует самого себя, т. е. терапевт критикует пациента его словами и мыслями. Пациент начинает осознавать перегибы собственной критики.

12. **Метод трех колонок.** В первой колонке описывается ситуация. Во второй — неадаптивные мысли. В третьей — корректиные мысли. Этот метод позволяет исследовать неадаптивные мысли и сформировать адаптивные.

13. **Реатрибуция.** При использовании этой техники пациент поощряется к формулировке и проверке других объяснений причин событий. Данная техника особенно полезна тогда, когда пациент во всем винит себя. Техника реатрибуции поощряет к проверке реальности и поиску адекватной атрибуции ответственности путем проверки всех факторов, воздействующих на ситуацию.

14. **Переопределение.** Позволяет определить собственную проблему более адаптивным образом. Например, утверждение «Никто не уделяет мне внимания» можно переформулировать так: «Я нуждаюсь в том, чтобы другие протянули мне руки и позаботились обо мне».

15. **Децентрация.** Используется при лечении тревожных пациентов, которые ошибочно убеждены, что находятся в центре чьего-либо внимания. У тревожных пациентов спрашивают: «Каким образом окружающие могут читать ваши мысли?». Пациент поощряется к проверке своего утверждения. Так, один студент очень стеснялся говорить, отвечать в аудитории, так как был убежден, что сокурсники постоянно смотрели на него и подсмеивались. В терапии ему было дано задание наблюдать за ними вместо того, чтобы фокусироваться на собственных эмоциях. В результате он пришел к другим мыслям.

В когнитивной терапии используются **домашние задания**, заключающиеся в том, что пациент должен отслеживать свои автоматические мысли в той или иной психотравмирующей ситуации. Помимо этого домашняя работа

может включать чтение определенных книг, помогающих избавиться от неадаптивных убеждений, а также прослушивание и критический анализ аудиозаписей терапевтических сессий с целью выявления иррациональных верований.

Когнитивная терапия проводится главным образом в индивидуальной форме. Вместе с тем используются и групповые формы работы. В группе клиенты могут попрактиковаться в освоении более рациональных способов интерпретации групповых ситуаций и реакций на критику, отвержение и т. п. Фокус групповой работы лежит не на отношениях между членами группы, а на рациональности/иррациональности их мышления и поведения. Клиент должен стать «ученым», исследующим свое мышление, искажения в умозаключениях (только наука может отвечать на все философские вопросы жизни), и «учеником», готовым учиться логике и позитивной жизненной философии.

Любое психопатологическое расстройство следует свести к базовым неадаптивным мыслям (образам) — мишеням. Например, при работе с депрессией Бек выделил четыре основные мишени:

1) мишень «астения»;

2) мишень «отчаяние и суицид»;

3) мишень «самокритичность»;

4) мишень «отсутствие удовольствия и удовлетворенности».

Показания к терапии.

Бек отмечал, что когнитивный подход наиболее пригоден для людей со способностью к интроспекции и рассуждениям о своих мыслях и фантазиях. Когнитивная терапия применяется в случаях, когда проблему можно четко сформулировать и имеются когнитивные искажения. При этом методом личностного роста когнитивная терапия не является. Не рекомендуется использовать когнитивную терапию в качестве единственного средства при психотической депрессии и вообще при психозах.

Когнитивная терапия показана тем пациентам, которые могут фокусироваться на собственных автоматических мыслях, при наличии достаточной воли к выздоровлению. Этот вид психотерапии, как и многие другие, рассчитай на «особенного» клиента — обладающего достаточно высоким уровнем интеллектуального развития, склонного к рефлексии и самоанализу. Когнитивная терапия может быть показана тогда, когда пациент берет на себя ответственность за опознание своих эмоций и за изменение мыслей.

Первоначально когнитивная терапия использовалась для лечения невротических расстройств, униполярной депрессии, расстройств тревожного ряда. В настоящее время она стала применяться и при личностных расстройствах, токсикомании, психотических состояниях. Как отмечают Прохазка и Норкросс (Prochaska, Norcross, p. 344), результаты такого применения когнитивной терапии можно будет оценить через 5-10 лет.

Бек считал, что когнитивная терапия может служить и прекрасным средством самопомощи, в связи с чем были опубликованы соответствующие пособия для массового читателя, например книга самого Бека «Любви не бывает достаточно» *(Love is never enough,* 1988). В последнее время появились компьютерные программы для когнитивной аутотерапии.

Факторами, затрудняющими реализацию когнитивной терапии, являются:

— негативные убеждения о когнитивной терапии и терапевте;

— высокий уровень тревожности пациента;

— отсутствие согласия о целях терапии;

— «грубость» психической организации пациента, его неспособность к рефлексии, к организации психотерапии как исследовательского процесса;

— психическая неадекватность (продуктивная психопатологическая симптоматика — галлюцинации и т. п.).

Эффективность когнитивной терапии.

Бек и коллеги сравнили эффективность когнитивной терапии невротической депрессии. Пациенты случайным образом были разделены на две группы — подвергавшиеся фармакотерапии и когнитивной терапии. Когнитивная терапия продолжалась максимум 20 сессий (в среднем 15 сессий в течение 11 недель). Лечение препаратами составляло в среднем 11 недель, с одной 20-минутной встречей в неделю. Оказалось, что когнитивное лечение уменьшило признаки депрессии по Вопроснику депрессии Бека. Показатели значимо улучшились и сохранялись таковыми после завершения лечения в течение 3-6 месяцев. Кроме того, 13 из 19 пациентов, которые прошли фармакотерапию, позднее нуждались в повторной терапии, в то время как к повторной терапии обратились только 3 из 19 пациентов, прошедшие когнитивную терапию.

Б. Ф. Шоу сравнил эффективность когнитивной терапии с поведенческой и клиент-центрированной терапией депрессии у студентов. Пациенты случайным образом были разделены на 4 группы по восемь человек в каждой. Каждая группа подвергалась монотерапии определенного типа: 1) когнитивной; 2) поведенческой (базирующейся на модели депрессии Левинсона (1974) и включавшей такие методы, как списки активности, устные контракты и репетиция поведения); 3) клиент-центрированной; 4) не подвергавшаяся лечению (контрольная группа). Наиболее эффективной (и по Вопроснику депрессии Бека, и по клиническим оценкам) оказалась когнитивная терапия. Поведенческая терапия и клиент-центрированная терапия по эффективности существенно не различались.

Л. Комас-Диас проверил эффективность когнитивной и поведенческой терапии депрессии у пуэрториканских женщин. Лечение включало пять полуторачасовых сессий в течение 4 недель. Клиентами были 26 депрессивных женщин с низким социально-экономическим статусом, безработные, не со-

стоящие в браке и получающие правительственную помощь. Случайным образом женщины были разделены на 3 группы: по восемь человек вошли в группу когнитивной терапии и поведенческой терапии, и десять были отнесены к группе контроля. Результаты показали существенное снижение депрессии, причем значимых различий по эффективности двух указанных видов терапии не было выявлено. Через 5 недель после окончания лечения состояние пациентов, подвергшихся когнитивной терапии, по клиническим оценкам несколько ухудшилось, хотя по Вопроснику депрессии Бека такого ухудшения отмечено не было. Состояние пациентов, подвергшихся поведенческой терапии, осталось без ухудшения.

Р. Миллер и Дж. Берман провели обзор 48 исследований эффективности когнитивно-поведенческой терапии депрессии. Авторы указали, что эффективность данной терапии превосходит плацебо-лечение, но не выявили убедительных свидетельств того, что эффективность когнитивной терапии выше, чем других видов терапии.

К. С. Добсон также провел анализ эффективности когнитивной терапии депрессии. Проанализировав 28 исследований, этот автор сделал вывод, что эффективность когнитивной терапии выше, чем фармакотерапии, поведенческой терапии и ряда других направлений психотерапии.

Л. А. Робинсон, Дж. Берман и Р. А. Неймайер, проанализировав 58 исследований, не подтвердили выводы Добсона. В тех случаях, когда нивелировался «эффект преданности» того или иного исследователя определенному направлению психотерапии, никаких свидетельств преимущества одного из направлений не обнаруживалось.

Д. Л. Чамблесс и М. М. Джиллис продемонстрировали, что когнитивная терапия эффективна при лечении тревожных расстройств и социальной фобии и результаты сохраняются по крайней мере через 6 месяцев после завершения лечения. Однако преимуществ когнитивной терапии по отношению к поведенческой в лечении указанных расстройств выявлено не было.

В исследовании Д. М. Кларка и А. Элерса показана высокая эффективность когнитивной терапии при лечении панических расстройств, причем она выше, чем при поддерживающей терапии, релаксационной терапии и психотерапии по технике «наводнения».

Г. Т. Уилсон и К. Г. Файрбёрн показали эффективность когнитивной терапии пищевых расстройств, особенно булимии. Оказалось, что результат терапии был достаточно устойчивым и более высоким, чем при других формах психотерапии.

В ряде исследований (например, Beutler et al.) рассматривалась эффективность когнитивной терапии в зависимости от совладающих стратегий и типа стилевых защит клиента. Экстернальные депрессивные пациенты показывали лучшие результаты при когнитивной терапии; интернальным же пациентам больше показана поддерживающая терапии, где активную роль в излечении играет сам пациент. Более сензитивными к когнитивному воздействию ока-

зались и менее защищенные пациенты. Авторы заключают, что, во-первых, необходимо учитывать психологический тип личности клиента при выборе вида терапии и, во-вторых, что когнитивная терапия показана для экстернальных и беззащитных (с низким потенциалом резистентности) клиентов.

Дж. К. Норкросс и коллеги полагают, что в последующие 5 лет будет наблюдаться невероятный рост доли когнитивной терапии в общей структуре психотерапевтической помощи. За растущей популярностью когнитивной терапии они усматривают ее интегративность (эклектичность) и эмпиризм (научный характер). По мнению Дж. О. Прохазки и Дж. К. Норкросса (Prochaska, Norcross, p. 343), сила когнитивной терапии заключается в том, что она не борется «за чистоту рядов» и готова к взаимопроникновению с другими подходами.

Вопросы и задания.

1. Какова мишень когнитивной терапии?
2. Опишите этапы когнитивной терапии.
3. Расскажите о техниках терапии.
4. Каковы показания к когнитивной терапии и ограничения в ее применении?

Литература.

Beck A. T. Cognitive theory and emotional disorders. — New-York, 1976.

Beck A. T., Freeman A. Cognitive therapy of personality disorders. — New York, 1990.

Beck A. T., Wright F. D., Newman C. F., Liese B. S. Cognitive therapy of substance abuse. — New York, 1993.

Beutler L. F., Engle D., Mohr D. et al. Predictors of differential and self-directed psychotherapeutic procedures // Journal of Consulting and Clinical Psychology. — 1991. — № 59. — P. 333-340.

Comas-Diaz L. Effects of cognitive and behavioral group treatment on the depressive symptomatology of Puerto Rican women // Journal of Consulting and Clinical Psychology. — 1977. — № 49. — P. 627-632.

Chambless D. L., Gillis M. M. Cognitive therapy of anxiety disorders // Journal of Consulting and Clinical Psychology. — 1993. — № 61. — P. 248-260.

Clark D. M., Ehlers A. An overview of the cognitive theory and treatment of panic disorder // Applied and Preventive Psychology. — 1993. — № 2. — P. 131-139.

Dobson K. S. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression // Journal of Consulting and Clinical Psychology. — 1989. — № 57. — P. 414-419.

Miller R. C., Berman J. S. The efficacy of cognitive behavior therapies: a quantitative review of the research evidence // Psychological Bulletin. — 1983. — № 94. — P. 39-53.

Norcross J. C., Alford B.A., DeMichele J. T. The future of psychotherapy: Delphi data and consulting observation // Psychotherapy. — 1992. — № 29. — P. 150-158.

Prochaska J. O., Norcross J. C. Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis. — Pacific Grove, California: 1994.

Robinson L. A., Berman J. S., Neimeyer R. A. Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research // Psychological Bulletin. — 1990. — № 108. — P. 30-49.

Rush A., Beck A., Kovacs M. & *Hollon S.* Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients // Cognitive Therapy and Research. — 1977. — № 1. — P. 17-37.

Shaw B. F. Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression // Journal of Consulting and Clinical Psychology. — 1977. — № 45. — P. 543-551.

Wilson G. T., Fairburn C. G. Cognitive treatment for eating disorders // Journal of Consulting and Clinical Psychology. — 1993. — № 61. — P. 261-269.

Глава 11. Инструментальные модели в психотерапии.

Данная глава посвящена инструментальным моделям психотерапии, к которым относятся такие технологически-ориентированные методы, как поведенческая психотерапия и близкие ей техники нейролингвистического программирования.

Поведенческая психотерапия.

Поведенческая психотерапия основывается на техниках изменения патогенных реакций (страха, гнева, заикания, энуреза и т. п.). Важно помнить, что поведенческая психотерапия основана на «аспириновой метафоре»: если у человека болит голова, то достаточно дать аспирин, который снимет головную боль. Это значит, что не нужно искать причину головной боли — нужно найти средства, ее ликвидирующие. Очевидно, что причиной головной боли не является нехватка аспирина, но тем не менее его применения часто оказывается достаточно. Опишем конкретные методы и заложенные в них саногенные механизмы.

В основе **метода систематической десенсибилизации** лежит представление о том, что патогенные реакции (страх, тревога, гнев, панические расстройства и т. и.) являются неадаптивным реагированием на некоторую внешнюю ситуацию. Предположим, ребенка укусила собака. Он ее испугался. В дальнейшем такая адаптивная реакция, которая заставляет ребенка быть

осторожным с собаками, генерализируется и распространяется на все виды ситуаций и на все виды собак. Ребенок начинает бояться собаки в телевизоре, собаки на рисунке, собаки во сне, маленькой собачки, которая никого никогда не укусила и сидит на руках у хозяина. В результате такой генерализации адаптивная реакция становится дезадаптивной. Задача данного метода состоит в десенсибилизации опасного объекта — ребенок должен стать нечувствительным, устойчивым к стрессогенным объектам, в данном случае — к собакам. Стать нечувствительным — значит не реагировать реакцией страха.

Механизмом устранения неадаптивных реакций является **механизм взаимоисключения эмоций, или принцип реципрокности эмоций.** Если человек испытывает радость, то он закрыт к страху; если человек расслаблен, то он также не подвержен реакциям страха. Следовательно, если человека «погрузить» в состояние релаксации или радости, а потом показывать ему стрессогенные стимулы (в данном примере — различные виды собак), то реакций страха у человека не будет. Попятно, что первоначально должны предъявляться стимулы, имеющие низкую стрессогенную нагрузку. Стрессогенность стимулов должна возрастать постепенно (от рисунка маленькой собачки с розовым бантом по кличке Пупсик до большой черной собаки по кличке Рекс). Клиент должен последовательно десенсибилизировать стимулы, начиная от слабых и постепенно переходя ко все более сильным. Поэтому следует построить иерархию психотравмирующих стимулов. Величина шага в этой иерархии должна быть небольшой. Например, если женщина имеет отвращение к мужским половым органам, то иерархию можно начать с фотографии голого ребенка 3 лет. Если сразу после этого предъявить фотографию голого подростка 14-15 лет, то шаг окажется очень большим. Клиентка в данном случае не сможет десенсибилизировать мужские гениталии при предъявлении второй фотографии. Поэтому иерархия стрессогенных стимулов должна включать 15-20 объектов.

Не менее важно правильно организовать стимулы. Например, у ребенка наблюдается страх экзаменов. Можно выстроить иерархию учителей от менее «страшного» к более «страшному» и последовательно десенсибилизировать их, а можно построить иерархию психотравмирующих стимулов по принципу временной близости к экзаменам: проснулся, умылся, сделал зарядку, позавтракал, собрал портфель, оделся, пошел в школу, пришел в школу, подошел к двери класса, зашел в класс, взял билет. Первая организация стимулов полезна в том случае, когда ребенок боится преподавателя, а вторая — в том случае, когда ребенок боится собственно ситуации экзаменов, при этом хорошо относясь к учителям и не страшась их.

Если человек боится высоты, то следует выяснить, в каких конкретно ситуациях в своей жизни он сталкивается с высотой. Например, это могут быть ситуации на балконе, на стуле во время вкручивания лампочки, в горах, на канатной дороге и т. п. Задача клиента состоит в том, чтобы вспомнить как можно больше ситуаций в своей жизни, в которых он сталкивался и сталкивается со страхом высоты, и расположить их в порядке усиления страха. У

одной из наших пациенток возникали сначала дыхательный дискомфорт, а потом все более усиливающиеся ощущения удушья при выходе из дома. Причем чем дальше клиентка отходила от дома, тем больше этот дискомфорт был выражен. Дальше некоторой черты (для нее это была булочная) она могла ходить только в чьем-либо сопровождении и с постоянным ощущением удушья. Иерархия стрессогенных стимулов в данном случае строилась на принципе удаленности от дома.

Универсальным ресурсом, который позволяет справиться со многими проблемами, является релаксация. Если человек расслаблен, то ему гораздо легче справиться со многими ситуациями: например, подойти к собаке, отойти подальше от дома, выйти на балкон, сдать экзамен, пойти на сближение с сексуальным партнером и т. п. Для того чтобы ввести человека в состояние релаксации, используется **техника прогрессивной мышечной релаксации по Е. Джекобсону**.

В основе техники лежит известная физиологическая закономерность, заключающаяся в том, что эмоциональное напряжение сопровождается напряжением поперечно-полосатых мышц, а успокоение — их релаксацией. Джекобсон предположил, что расслабление мускулатуры влечет за собой снижение нервно-мышечного напряжения.

Кроме того, занимаясь регистрацией объективных признаков эмоций, Джекобсон заметил, что различному типу эмоционального реагирования соответствует напряжение определенной группы мышц. Так, депрессивное состояние сопровождается напряжением дыхательной мускулатуры, страх — спазмом мышц артикуляции и фонации и т. п. Соответственно, снимая, посредством **дифференцированной релаксации**[154], напряженность той или иной группы мышц, можно избирательно влиять на отрицательные эмоции.

Джекобсон полагал, что каждая область мозга связана с периферическим нейромускулярным аппаратом, образуя церебронейромускулярный круг. Произвольная релаксация позволяет влиять не только на периферическую, но и на центральную часть этого круга.

Прогрессивная мышечная релаксация начинается с беседы, в процессе которой психотерапевт объясняет клиенту механизмы лечебного воздействия мышечной релаксации, подчеркивая, что основной целью метода является достижение произвольного расслабления поперечно-полосатых мышц в состоянии покоя. Условно выделяют три этапа освоения техники прогрессивной мышечной релаксации.

Первый этап (подготовительный). Клиент ложится на спину, сгибает руки в локтевых суставах и резко напрягает мышцы рук, вызывая тем самым ясное ощущение мышечного напряжения. Затем руки расслабляются и свободно падают. Так повторяется несколько раз. При этом внимание фиксируется на ощущении мышечного напряжения и расслабления.

[154] Под релаксацией Е. Джекобсон понимал не только релаксацию мышц, но и состояние, противоположное психической активности.

Следующее упражнение — сокращение и расслабление бицепсов. Сокращение и напряжение мышц должно быть сначала максимально сильным, а затем все более и более слабым (и наоборот). При этом упражнении необходимо зафиксировать внимание на ощущении самого слабого напряжения мышц и полного их расслабления. После этого клиент упражняется в умении напрягать и расслаблять мышцы сгибателей и разгибателей туловища, шеи, плечевого пояса, наконец, мышцы лица, глаз, языка, гортани и мышцы, участвующие в мимике и речи.

Второй этап (собственно дифференцированная релаксация). Клиент в положении сидя учится напрягать и расслаблять мускулатуру, не участвующую в поддержании тела в вертикальном положении; далее — расслаблять при письме, чтении, речи мышцы, не участвующие в этих актах.

Третий этап (заключительный). Клиенту путем самонаблюдения предлагается установить, какие группы мышц напрягаются у него при различных отрицательных эмоциях (страхе, тревоге, волнении, смущении) или болезненных состояниях (при болях в области сердца, повышении артериального давления и т. п.). Затем посредством релаксации локальных мышечных групп можно научиться предупреждать или купировать отрицательные эмоции или болезненные проявления.

Упражнения по прогрессивной мышечной релаксации осваиваются обычно в группе из 8-12 человек под руководством опытного психотерапевта. Групповые занятия проходят 2-3 раза в неделю. Кроме того, сеансы самообучения клиенты проводят самостоятельно 1-2 раза в день. Каждый сеанс продолжается от 30 минут (индивидуальный) до 60 минут (групповой). Весь курс обучения занимает от 3 до 6 месяцев.

После того как техника прогрессивной мышечной релаксации освоена и в поведенческом репертуаре клиента возникла новая реакция — реакция дифференцированной релаксации, можно приступать к десенсибилизации. Десенсибилизация бывает двух видов: имагинальная (в воображении, *in vitro*) и реальная *(in vivo).*

При имагинальной десенсибилизации терапевт располагается рядом с сидящим (лежащим) клиентом. Первый шаг — клиент погружается в состояние релаксации.

Второй шаг — терапевт просит клиента представить первый объект из иерархии психогенных стимулов (маленькую собачку, гениталии 3-летнего ребенка, выход на улицу и т. п.). Задача пациента состоит в том, чтобы пройти через воображаемую ситуацию без напряжения и страха.

Третий шаг состоит в том, что, как только возникают какие-либо признаки страха или напряжения, пациента просят открыть глаза, снова релаксироваться и опять войти в ту же ситуацию. К следующему стрессогенному объекту переход осуществляется тогда и только тогда, когда завершена десенсибилизация первого объекта иерархии. В ряде случаев пациента просят ин-

формировать терапевта о возникновении тревоги и напряжения указательным пальцем правой или левой руки.

Таким путем последовательно десенсибилизируются все объекты выявленной иерархии. Когда в воображении пациент способен пройти через все объекты, т. е. выйти из дома, дойти до булочной и пойти дальше, влезть на стул, спокойно смотреть на мужские гениталии, десенсибилизация считается завершенной. Сеанс длится не более 40-45 минут. Как правило, для десенсибилизации страха требуется 10-20 сеансов.

Релаксация не является единственным ресурсом, позволяющим справиться со стрессогенным объектом. Более того, в ряде случаев она противопоказана. Например, у одной девушки 15 лет, спортсменки-фехтовальщицы, после двух поражений подряд сформировался синдром тревожного ожидания проигрыша. В воображении она постоянно проигрывала пугающие ситуации поражения. В таком случае релаксация, погружающая в ситуацию проигрыша, могла бы сделать пациентку спокойнее, но не помогла бы ей выиграть. В данном случае ресурсным переживанием может быть уверенность.

Понятие **ресурсного переживания или состояния** используется в нейролингвистическом программировании (НЛП) и не является специфичным для поведенческой или какой-либо другой психотерапии. Вместе с тем поведенческая психотерапия связана с возможностями использования позитивного (ресурсного) состояния для изменения реакции на психотравмирующий стимул. В вышеприведенном случае уверенность может быть найдена в прошлом спортсменки — в ее победах. Эти победы сопровождались определенным психоэмоциональным подъемом, уверенностью и особыми ощущениями в теле. Самое главное в данном случае — помочь клиентке восстановить в себе эти забытые ощущения и переживания, с одной стороны, и иметь возможность быстрого доступа к ним — с другой. Клиентку просили подробно рассказать о своей самой главной победе последних лет. Первоначально она рассказывала об этом очень отстраненно: говорила о внешних фактах, но ничего не сообщала о своих переживаниях радости и соответствующих ощущениях в теле. Это означает, что позитивный опыт и позитивные переживания диссоциированы и прямого доступа к ним нет. В процессе воспоминаний собственной победы клиентку просили вспомнить как можно больше деталей, связанных с внешними событиями, — как она была одета, как ее поздравляли с победой, какова была реакция тренера и т. п. После этого стало возможным «зайти» во внутренние переживания и ощущения в теле — прямая спина, упругие, пружинистые ноги, легкие плечи, легкое, свободное дыхание и т. п. Десенсибилизация травмирующих ситуаций — поражений — состояла в том, что клиентка последовательно погружалась в воспоминание о каждой из этих ситуаций, находясь при этом в позитивных переживаниях и телесных ощущениях. После того как воспоминания о ситуациях поражений перестали ее травмировать и не находили отклика в теле (напряжения, тревоги, ощущения бессилия, затруднения вдоха и т. п.), можно было констатиро-

вать, что прошлые травмы прекратили оказывать негативное воздействие на настоящее и будущее.

Следующим шагом психотерапии явилась десенсибилизация психотравмирующего образа будущего поражения, который сложился под влиянием прошлых поражений. В связи с тем что эти прошлые поражения перестали поддерживать негативный образ будущего (ожидание поражения), стала возможной его десенсибилизация. Клиентку просили представить свою будущую соперницу (а она ее знала и имела опыт боев с ней), стратегию и тактику своего выступления. Клиентка представляла все это, находясь в позитивном состоянии уверенности.

В ряде случаев научить клиента релаксации довольно трудно, так как он может отказываться от любой самостоятельной работы, необходимой для освоения этой техники. Поэтому мы используем модифицированную технику десенсибилизации: пациент сидит в кресле или лежит на кушетке, а терапевт делает ему «массаж» воротниковой зоны. Цель такого массажа — расслабить клиента, добиться того, чтобы он положил голову на руки терапевта. Как только это происходит, терапевт просит клиента рассказать о психотравмирующей ситуации. При малейших признаках напряжения клиента отвлекают, задавая ему посторонние вопросы, уводящие от психотравмирующих воспоминаний. Клиент должен повторно расслабиться, а затем его снова просят рассказать о травме (неудачном сексуальном опыте, страхах в отношении предстоящего сексуального контакта, боязни войти в метро и т. п.). Задача терапевта состоит в том, чтобы помочь клиенту рассказать о психотравме, не выходя из расслабленного состояния. Если клиент в состоянии многократно говорить о психотравме, оставаясь спокойным, то можно считать, что психотравмирующая ситуация десенсибилизирована.

У детей в качестве позитивного переживания используют эмоцию радости. Например, для десенсибилизации темноты в случае страха перед ней (быть в темной комнате, пройти через темный коридор и т. п.) ребенку предлагают поиграть в жмурки в компании друзей. Первый шаг психотерапии состоит в том, что детям предлагают играть в жмурки в освещенной комнате. Как только ребенок, страдающий страхом темноты, увлекается игрой, чувствует радость и эмоциональный подъем, освещенность комнаты начинают постепенно уменьшать вплоть до того, что ребенок играет в темноте, радуясь и совершенно не замечая, что вокруг темно. Это вариант **игровой десенсибилизации.** Известный детский психотерапевт А. И. Захаров (Захаров, с. 216) описывает игровую десенсибилизацию у ребенка, боявшегося громких звуков из соседних квартир. Первый этап — актуализация ситуации страха. Ребенка оставляли одного в закрытой комнате, а его отец стучал в дверь игрушечным молоточком, одновременно пугая сына криками «У-у!», «А-а!». С одной стороны, ребенок пугался, но с другой — понимал, что отец балуется, играет с ним. Ребенка переполняли смешанные чувства радости и настороженности. Затем отец открывал дверь, вбегал в комнату и молоточком начинал «бить» сына по попке. Ребенок убегал, опять-таки переживая и радость, и

испуг. На втором этапе происходил обмен ролями. Отец находился в комнате, а ребенок «пугал» его, стуча молотком в дверь и издавая грозные звуки. Затем ребенок вбегал в комнату и преследовал отца, который в свою очередь демонстративно пугался и пытался уклониться от ударов игрушечного молотка. На этом этапе ребенок идентифицировал себя с силой — стуком и одновременно видел, что его воздействие на отца вызывает лишь улыбку и является вариантом веселой игры. На третьем этапе осуществлялось закрепление новой формы реакции на стук. Ребенок, как на первом этапе, находился в комнате, а отец его «пугал», но теперь это вызывало только смех и улыбку.

Существует также **рисуночная десенсибилизация** страхов, которая, по данным А. И. Захарова, эффективна для детей в возрасте 6-9 лет. Ребенка просят нарисовать психотравмирующий объект, вызывающий страх, — собаку, огонь, турникет в метро и т. п. Первоначально ребенок рисует большой огонь, громадную черную собаку, большие черные турникеты, самого же ребенка на рисунке нет. Десенсибилизация состоит в уменьшении размеров огня или собаки, изменении их зловещего цвета, в том, чтобы на краю листа ребенок мог нарисовать и себя. Манипулируя размерами психотравмирующего объекта, его цветом (одно дело — большая черпая собака, другое — белая собачка с голубым бантом), дистанцией на рисунке между ребенком и психотравмирующим объектом, величиной самого ребенка на рисунке, присутствием на рисунке дополнительных фигур (например, матери), названиями объектов (собаку Рекс всегда больше боятся, чем собаку Пупсик) и т. п., психотерапевт помогает ребенку справиться с психотравмирующим объектом, овладеть им (в нормальной ситуации огнем мы всегда управляем, ребенок же, переживший пожар, чувствует неуправляемость, фатальность огня) и тем самым десенсибилизировать.

Существуют различные модификации техники десенсибилизации. Например, в НЛП предложены техники наложения и «взмаха» (описание приведено ниже), техника просматривания психотравмирующей ситуации от конца к началу (когда нарушается привычный навязчивый цикл воспоминаний) и т. п. Десенсибилизация как направление психотерапевтической работы в той или иной форме присутствует во многих техниках и подходах психотерапии. В некоторых случаях такая десенсибилизация становится самостоятельной техникой, например техника десенсибилизации движением глаз Ф. Шапиро.

Одной из распространенных методик поведенческой психотерапии является **техника наводнения.** Суть техники состоит в том, что длительная экспозиция психотравмирующего объекта приводит к запредельному торможению, которое сопровождается утерей психологической чувствительности к воздействию объекта. Пациент вместе с терапевтом оказывается в психотравмирующей ситуации, которая вызывает страх (например, на мосту, на горе, в закрытой комнате и т. п.). Пациент находится в этой ситуации «наводнения» страхом до тех пор, пока страх не начнет уменьшаться. Это, как правило, занимает час-полтора. Пациент не должен засыпать, думать о постороннем и т. п. Он должен полностью погрузиться в страх. Число сеансов наводнения мо-

жет варьироваться от 3 до 10. В ряде случаев эта техника применяется и в групповой форме.

Существует также техника наводнения в форме рассказа, которая получила название **имплозии.** Терапевт составляет рассказ, в котором отражаются основные страхи пациента. Например, у одной клиентки после операции удаления груди возник страх возврата онкологического заболевания, а в связи с этим — страх смерти. Женщина имела навязчивые мысли о возникновении у нее симптомов рака. Эта индивидуальная мифология отражала ее наивные знания о болезни и ее проявлениях. В рассказе должна быть использована эта индивидуальная мифология рака, так как именно она вызывает страх. Во время рассказа пациентка может переживать умирание, плакать, ее может трясти. В этом случае важно учитывать адаптационные возможности пациента. Если травма, представленная в рассказе, превышает возможности совладания пациента, то у него могут сформироваться достаточно глубокие психические расстройства, требующие неотложных лечебных мероприятий. Именно по этой причине техники наводнения и имплозии в отечественной психотерапии используются крайне редко.

Техника **аверзии** является еще одним вариантом поведенческой психотерапии. Суть техники состоит в наказании за неадаптивную реакцию или «плохое» поведение. Например, при педофилии мужчине предлагают просматривать видеозапись, в которой показаны объекты влечения. При этом на член пациента накладываются электроды. При возникновении эрекции, вызванной просмотром видеозаписи, пациент получает слабый разряд электрического тока. При нескольких повторениях связь «объект влечения — эрекция» нарушается. Демонстрация объекта влечения начинает вызывать страх и ожидание наказания.

При лечении энуреза ребенку накладывают электроды специального аппарата так, что при мочеиспускании во время ночного сна замыкается цепь и ребенок получает электрический разряд (или будящий звуковой сигнал). При использовании такого аппарата в течение нескольких ночей энурез исчезает. Как отмечают в литературе, эффективность техники может доходить до 70%. Данная техника используется и при лечении алкоголизма. Группе алкоголиков дают выпить водку с добавленным в нее рвотным препаратом. Сочетание водки и рвотного вещества, как предполагается, должно приводить к аверзии по отношению к алкоголю. Вместе с тем данная техника не доказала своей эффективности и в настоящее время практически не применяется. Однако существует отечественный вариант лечения алкоголизма с помощью техники аверзии. Это известный метод А. Р. Довженко, представляющий собой вариант эмоционально-стрессовой психотерапии, когда пациента запугивают всевозможными грозными последствиями при продолжении злоупотребления алкоголем и на этом фоне предлагают программу трезвого образа жизни. С помощью техники аверзии также лечат заикание, сексуальные перверсии и др.

Техника формирования коммуникативных навыков считается одной из наиболее эффективных. Многие проблемы человека определяются не какими-то глубинными, скрытыми причинами, а отсутствием навыков коммуникации. В технике научающей структурной психотерапии А. П. Гольдштейна предполагается, что освоение конкретных навыков коммуникации в той или иной сфере (семейной, профессиональной и т. п.) позволяет решить многие проблемы. Техника состоит из нескольких этапов. На первом этапе собирается группа лиц, заинтересованных в решении какой-либо коммуникативной проблемы (например, люди, у которых возникли проблемы в супружеских отношениях). Члены группы заполняют специальный вопросник, на основании которого выявляются конкретные коммуникативные дефициты. Эти дефициты рассматриваются как отсутствие определенных коммуникативных навыков, например навыка делать комплименты, навыка сказать «нет», навыка выразить любовь и т. п. Каждый навык разбивается на компоненты, образуя, таким образом, некоторую структуру.

На втором этапе члены группы побуждаются к тому, чтобы выявить те преимущества, которые они получат, если освоят соответствующие навыки. Это этап мотивирования. Когда участники группы начинают осознавать преимущества, которые они получат, их обучение становится более целенаправленным. На третьем этапе участникам группы демонстрируется модель успешного навыка с помощью видеозаписи или специально подготовленного лица (например, актера), в полной мере обладающего этим навыком. На четвертом этапе один из тренирующихся пытается повторить демонстрируемый навык с кем-либо из членов группы. Каждый подход должен занимать не более 1 минуты, так как в противном случае остальные члены группы начинают скучать, а для работы необходим позитивный настрой. Дальнейший этап — этап обратной связи. Обратная связь должна обладать следующими качествами:

1) носить конкретный характер: нельзя сказать «это было хорошо, мне понравилось», а следует говорить, например, «у тебя была хорошая улыбка», «у тебя был великолепный тон голоса», «когда ты говорил "нет", ты не уходил, а, напротив, прикасался к партнеру и показывал свое расположение» и т. п.;

2) быть позитивной. Следует отмечать позитивное, а не делать акцент на том, что было плохо или неправильно.

Обратная связь дается в следующем порядке: члены группы — со-актеры — тренер. На шестом этапе тренирующиеся получают домашние задания. Они должны в реальных условиях проявить соответствующий навык и написать об этом отчет. Если тренирующиеся прошли все этапы и закрепили навык в реальном поведении, то навык считается освоенным. В группе осваивается не более 4-5 навыков. Техника хороша тем, что она не ориентирует на неясные и непонятные изменения, а направлена на усвоение конкретных навыков. Эффективность техники измеряется не тем, что понравилось или не понравилось тренирующимся, а конкретным результатом. К сожалению, в сложившейся практике психологических групп эффективность часто опреде-

ляется не реальным результатом, а теми приятными переживаниями, которые в значительной степени вызываются не глубиной изменения, а безопасностью и суррогатным удовлетворением инфантильных потребностей (нашел поддержку, похвалу — получил позитивные чувства, которые могут быть не ориентированными на реальные изменения).

Нейролингвистическое программирование.

В странах СНГ одной из наиболее популярных моделей психотерапии остается **нейролингвистическое программирование (НЛП)**. Как отмечает Н. Ф. Калина, «специфическая черта этого подхода заключается прежде всего в его притязаниях на высокую эффективность — книги по НЛП переполнены восторженными описаниями необычайной легкости, быстроты и блеска, с которыми терапевты упомянутой школы справляются с любыми, даже самыми трудными и сложными, проблемами. Еще более многообещающими выглядят рекламные объявления обучающих семинаров и тренингов. Адепты НЛП подчеркивают новизну и междисциплинарный характер своих техник, их исключительные возможности, всеобъемлющее совершенство» (Калина, с. 118).

Набор разнообразных приемов коммуникации и элементов поведения, используемых не только в психотерапии, но и в педагогике, менеджменте, психологии творчества и объединенных под названием НЛП, был разработан двумя американскими исследователями — Ричардом Бендлером и Дэвидом Гриндером в 1975 г. Согласно «Психотерапевтической энциклопедии», эта модель является «междисциплинарной интегративной концепцией необихевиористской ориентации» (Психотерапевтическая энциклопедия, с. 301), поскольку базируется на следующих источниках:

1) терапевтической практике М. Эриксона, В. Сатир, Ф. Перлза и ряда других американских психотерапевтов;

2) открытиях в области функциональной асимметрии мозга;

3) философско-антропологических работах Г. Бейтсона, посвященных «экологии разума»;

4) трансформационной грамматике Н. Хомского, выделяющей глубинные структуры языка, правила организации и трансформации сообщения;

5) достижениях кибернетики 1950-1960-х гг., «стирающих» границы между естественным и искусственным интеллектом;

6) теории логических типов Б. Рассела.

Основатели НЛП как специалисты в области математического моделирования и коммуникационных процессов почти конкретно восприняли популярную в те годы метафору человеческой психики как «биокомпьютера»[155],

[155] В этом отношении показательна шутка, которую приводят Стив и Коннире Адреас в своей книге «Измените ваш мозг и сохраните изменения: Новейшие субмодальные вмешательства в НЛП»: «Человеческий мозг

имеющего свой специфический «язык», на котором составляются определенные «программы». С их точки зрения, эти «программы» всегда носят адаптивную направленность и формируются за счет: 1) уникального генетического набора; 2) закрепления внушений значимых лиц; 3) самопрограммирования и 4) стрессовых состояний различной степени интенсивности, сопровождающихся трансом, т. е. специфической диссоциацией психики.

Большая часть таких «программ» человеком не осознается и находит свое отражение лишь в глубинных речевых структурах.[156] Поэтому основное внимание НЛП уделяет не столько содержанию человеческого опыта, сколько его форме, а также тем процессам, с помощью которых этот опыт оформляется в том или ином структурированном виде.

НЛП предполагает, что поскольку люди непосредственно не взаимодействуют с окружающим миром (как минимум, опосредуя это взаимодействие через нейрофизиологические, социокультурные и индивидуальные фильтры), то они вынуждены создавать «карты», которые используют для управления своим поведением. Именно благодаря таким «картам» человек способен осмысливать свой опыт, помещая его в определенный контекст. Исходя из этого, НЛП рассматривает любое человеческое поведение (даже патологическое) сквозь призму выборов, которые предоставляет человеку его «карта». Отсюда вытекают основные критерии оценки поведения — его адаптивность, многообразие, гибкость и эффективность в достижении поставленных целей. Каждый человек всегда делает лучший выбор, доступный ему в рамках собственной «карты» мира. Все внутри- и межличностные конфликты имеют в своей основе ту или иную ограниченность «карты» мира. НЛП считает, что возможностей выбора недостает не миру, а модели мира, которая есть у индивида.

Любой человек создает свою «карту» посредством трех универсальных моделирующих процессов: обобщения (генерализации), исключения (стирания) и искажения. Они служат адаптивным целям, но если человек начинает принимать субъективную реальность за одну-единственную «истинную» действительность, те же процессы ограничивают его и лишают способности реагировать гибко.

Обобщение — процесс, посредством которого части «карты» мира, созданной человеком, отрываются от первоначального переживания и начинают репрезентировать всю категорию, по отношению к которой данное переживание рассматривалось как пример. Так, например, мы учимся действовать с различными предметами и ситуациями: остужать горячий чай, осторожно вести себя с огнем и электричеством, осваивать управление машиной и т. п. Но этот же процесс может стать и причиной ограничений. Так, несколько не-

---

— единственный самоподдерживающийся и универсальный компьютер, который может быть создан с помощью неквалифицированного труда» (с. 11).

[156] Глубинной структурой лингвисты называют неосознаваемую полную и завершенную идею того, что хочет сказать говорящий. Сокращая эту глубинную структуру, чтобы выразиться ясно, говорящий высказывает поверхностную структуру.

удач в решении математических задач могут обобщиться в виде убеждения об «отсутствии математических способностей» и о «гуманитарной ориентации» ребенка. Из сексологической практики известно, что неудачный (или оцениваемый как неудачный) первый сексуальный опыт может приводить к различным сексуальным и невротическим расстройствам.

Исключение — процесс, посредством которого человек выборочно обращает внимание на определенные аспекты опыта и исключает другие. Так, К. Г. Юнг описал племя, которое жило рядом с большим водопадом и «не слышало» его рев, воспринимая свою повышенную громкость речи как абсолютно нормальную. За счет исключения они легко и неосознанно справлялись с потоком внешних стимулов. Точно так же этот процесс может быть и ограничивающим. Например, влюбленность и идеализация объекта любви ограничивают как самого влюбленного, так и любимого.

Третий моделирующий процесс — **искажение**. Искажение позволяет осуществлять самые невероятные трансформации в восприятии информации. Благодаря этому люди обладают способностью к фантазированию, творчеству, создают и понимают произведения искусства, даже выдвигают новые научные теории. Классическим примером ограничения, которое процесс искажения налагает на межличностные отношения, является трансфер.

Помимо этих моделирующих процессов «карта» мира формируется в зависимости от организации системы языка, на котором говорит человек.[157] «Язык воспроизводит действительность. Это следует понимать вполне буквально: действительность производится заново при посредничестве языка. Тот, кто говорит, своей речью воскрешает событие и свой связанный с ним опыт» (Бенвенист, с. 27).

Для восстановления связи «карты» мира с опытом Дж. Гриндер и Р. Бендлер предложили **метамодель**[158] — набор лингвистических средств, направленных на восстановление и прояснение смысла человеческой коммуникации.

По замыслу создателей, метамодель предназначена для того, чтобы научить слушающего обращать внимание на форму коммуникации говорящего. Содержание может бесконечно меняться, но форма подачи информации дает слушающему возможность реагировать таким образом, чтобы извлечь из коммуникации весь смысл полностью. Поэтому метамодель может быть использована психотерапевтом:

1) для сбора информации;

2) для выяснения значения;

3) для идентификации ограничений;

---

[157] Так, например, разные языки содержат разное количество понятий для описания свойств некоторых объектов. Классический пример: в языках северных народностей качество снега характеризуется несколькими сотнями слов (разные градации белизны, плотности, упругости, шероховатости, толщины и т. п.).

[158] Слово «мета» пришло из древнегреческого языка и означает «выше» или «над», иногда — «на другом логическом уровне».

4) для обнаружения новых выборов.

В табл. 11.1 приводятся формы нарушений метамодели и примеры уточняющих и корригирующих вопросов.

Таблица 11.1. Нарушения метамодели и примеры уточняющих и корригирующих вопросов

Формы нарушения метамодели	Примеры речевых искажений	Примеры соответствующих уточняющих и корригирующих вопросов
Неспецифическое существительное	Дети доставляют хлопоты.	Какие именно?
Неспецифический глагол	Переживаю, чувствую.	Как вы это чувствуете? Что переживаете?
Утраченный преформатив (оценка или суждение без указания стандарта)	Я недостаточно хорошо это сделал.	В сравнении с чем? Кто высказал это суждение и на чем он основывался, делая его?
Номинализация (обозначение процесса существительным)	Меня мучает моя плохая память. Депрессия сводит меня с ума.	Перевод существительного в глагол: что именно происходит, в чем именно это выражается?
Модальный оператор возможности	Я не могу...	Почему? Что произойдет, если вы это сделаете? Что вам мешает?
Модальные операторы необходимости	Я должен... Я не должен...	Почему? Что будет, если вы этого не сделаете (все-таки сделаете)?
Универсальные квантификаторы (сверхобобщения)	Всегда... никогда	Действительно всегда? Неужели никогда? Было ли когда-нибудь время, когда...?
Комплексная эквивалентность	Если он не... значит...	Как именно одно связано с другим?
Пресуппозиции	Он не заботится обо мне...	Что заставляет вас так считать?
Нарушение причинно-следственных связей	Я бы рассталась с ним, но без меня он погибнет...	Уточните, как одно вызывает другое. Как можно избежать таких последствий?

«Чтение мыслей» (высказывания типа «дело обстоит так» вместо высказываний типа «возможно, что...»)	Он не обращает на меня никакого внимания...	Как вы это определили?

Кроме того, поскольку человек воспринимает и отражает окружающий мир посредством своих органов чувств, в НЛП большое значение придается **модальности информации.** Обычно выделяют следующие модальности:

1) **визуальную** (зрительную);

2) **аудиальную** (слуховую);

3) **кинестетическую** (телесных ощущений);

4) **обонятельно-вкусовую.**

Одна из модальностей у человека обычно доминирует, остальные же являются сопутствующими. Если человек воспринимает внешний мир в разных модальностях, одна из которых доминирующая, то примерно так же он отражает и свой внутренний мир. Прежде чем что-то сказать, ответить на вопрос, человек должен «получить доступ» к собственной информации, к своим собственным бессознательным процессам. Модальная система, отвечающая за извлечение информации, называется **ведущей**, система, представляющая эту информацию сознанию — **репрезентативной,** а система, сверяющая полученный результат — **референтной.**

Существует определенная зависимость между доминирующей модальностью, в которой человек воспринимает мир, и **предикатами речи,** посредством которых он это восприятие выражает. Предикаты формируются у пациента на бессознательном уровне, и психотерапевту, чтобы быстро установить контакт (сформировать раппорт), нужно пользоваться теми предикатами речи, к которым прибегает пациент (табл. 11.2).

Таблица 11.2. Таблица взаимного перевода языка модальностей

Неопределенная модальность	**Визуальная модальность**	**Аудиальная модальность**	**Кинестетическая модальность**
Установка	Перспектива, точка зрения	Комментарий, мнение	Направленность
Обдумать	Осветить	Обсудить	Прочувствовать
Проявлять настойчивость	Отслеживать	Выслушивать	Добиваться, упорствовать, держаться
Продемонстрировать	Показать	Объяснить	Извлечь, разобраться
Отсутствовать	Быть пустым, чистым	Быть оглушенным, безмолвным	Онеметь, замереть

Обычный, привычный	Тусклый	Однозвучный, приглушенный	Вялый, дряблый, безвкусный
Заметный, привлекающий внимание	Яркий, показной, цветистый, бросающийся в глаза	Громкий, оглушительный	Прилипчивый, упорный, поразительный
Быть внимательным	Присматриваться, приглядываться	Прислушиваться	Беспокоиться, волноваться
Игнорировать	Упускать из виду	Не услышать	Не почувствовать, пропустить
Сделать заметным, привлекающим внимание	Выявить	Провозгласить, огласить	Выдвинуть
Замечать	Осматривать	Вслушиваться	Вчувствоваться
Воспроизвести, повторить	Сделать обзор, просмотреть	Обсудить	Пройти
Изложить	Показать	Рассказать	Провести
Придумать	Вообразить	Припомнить звучание	Охватить
Напоминать о чем-либо	Выглядеть знакомым	Согласовываться с чем-либо, быть созвучным	Состыковываться, соприкасаться
Привлечь внимание	Указать	Намекнуть	Коснуться
Лишенный ощущений	Слепой	Глухой	Бесчувственный
Давайте обдумаем	Давайте рассмотрим	Давайте обсудим	Давайте разберем

Для определения репрезентативных систем в 1982 г. Б. Льюис и Ф. Пуцелик предложили БИАС-тест (см. Приложение).

Не менее эффективными «ключами доступа» к процессам обработки информации являются **глазодвигательные паттерны.** Это нистагмоидные движения глазных яблок, сформировавшиеся в результате сложных анатомо-физиологических процессов. Поняв значение этих паттернов, психотерапевт может получить доступ к внутренним психическим процессам, а «отзеркаливая» эти паттерны и заставляя клиента двигать глазами («ведение») в нужном направлении — направлять и регулировать внутренние переживания.

Схема глазных сигналов доступа

Право		**Лево**
Визуально сконструированные образы	Концентрация внимания на воспоминаниях, эйдетическая память	Визуально вспоминаемые образы
Аудиально сконструированные звуки	Концентрация внимания па внешних или внутренних объектах	Аудиально вспоминаемые звуки
Кинестетические ощущения	Концентрация внимания па внутренних переживаниях	Аудиальный дискретный (внутренний) диалог

Процесс определения психотерапевтом модальных систем и стратегий обработки информации посредством специальных вопросов и отслеживания глазодвигательных реакций называется **калибровкой.** Например: «Вспомните, как сегодня начиналось ваше утро» или «Как вы узнаёте, что боитесь?».

При калибровке активно используется работа с **неосознаваемыми невербальными ответами.** Так, например, психотерапевт может задавать вопросы, изначально предполагающие однозначно положительный или отрицательный ответ, сосредоточивая внимание на типичных невербальных компонентах, сопровождающих каждый вариант (расширение зрачков, изменение дыхания, мелкая моторика и т. п.).

У каждой модальности, в свою очередь, имеются **субмодальности**, вносящие более тонкие нюансы в восприятие мира. Количество субмодальностей бесчисленно, но в повседневной жизни используются только некоторые из них. Приведем перечень основных субмодальностей, наиболее распространенных в психотерапевтической практике.

Визуальные субмодальности:

1) цветной или черно-белый характер изображения;

2) наличие или отсутствие рамки;

3) наличие или отсутствие глубины (двух- или трехмерный характер изображения);

4) местоположение (слева или справа, вверху или внизу);

5) расстояние от субъекта до изображения;

6) яркость;

7) контрастность;

8) резкость;

9) наличие или отсутствие движения (фильм или фотография, картинка);

10) при наличии движения — его скорость (быстрее или медленнее обычной скорости);

11) количество (отдельная сцена или множество образов);

12) размер;

Аудиальные субмодальности:

1) стерео или монозвук;
2) речь или другие звуки;
3) громкость;
4) если речь, то ее тон (мягкий или резкий);
5) тембр (насыщенность звука);
6) местоположение источника звука;
7) расстояние до источника звука;
8) длительность звучания;
9) непрерывность или дискретность звучания;
10) скорость воспроизведения (быстрее или медленнее обычного).

Кинестетические субмодальности:

1) локализация;
2) интенсивность;
3) давление (сильное или слабое);
4) степень;
5) текстура;
6) вес;
7) температура;
8) длительность воздействия;
9) форма.

Опыт НЛП показывает, что изменение субмодальностей влияет не только на восприятие, но и приводит к изменению мышления и поведения человека. Так, например, увеличение такой субмодальности, как яркость воспринимаемого зрительного образа, усиливает интенсивность ощущений, а уменьшение яркости — наоборот. То же самое происходит при изменении размера воспринимаемой картины. С увеличением картины ощущения обостряются, а как только она уменьшается, ощущения становятся более тусклыми. Заметим, что изменения субмодальностей должны производиться в контексте с ожидаемым эффектом. Например, усиление яркости картины может притупить остроту восприятия. Точно так же увеличение с одновременным приближением картины может исказить воспринимаемый образ, сделать его нелепым.

Техника работы с субмодальностями заключается в том, что психотерапевт постепенно меняет один из параметров восприятия (размер, расстояние, яркость, цвет, четкость и т. п.), отслеживая взаимосвязь с изменениями эмоционального состояния клиента. Так, например, воображаемая картинка предполагаемой неудачи, служащая пусковым механизмом фобии, может качественно и количественно менять переживания клиента по поводу прогно-

зируемой ситуации в зависимости от просьбы терапевта сделать ее цветной/черно-белой, близкой/удаленной, четкой/размытой и т. д.

Один из самых мощных параметров, усиливающих или уменьшающих остроту восприятия — **ассоциированность/диссоциированность**. В данном случае под ассоциированным восприятием понимается ситуация, когда клиент видит себя внутри воспринимаемой картинки (обычно такое восприятие оперирует эйдетическими образами). Диссоциированное восприятие — это восприятие, которое конструируется, воспринимается как бы со стороны, с чужой точки зрения. Согласно законам НЛП, ассоциированное восприятие усиливает переживание, диссоциированное — уменьшает. Поэтому большинство психотерапевтических техник направлено на диссоциацию от травматических переживаний и ассоциацию с положительными эмоциями.

В НЛП считается, что эмоциональная холодность, упрощенность и схематичность возникают из-за того, что в восприятии человека доминирует какая-то одна модальность. Например, человек с доминированием визуальной системы легко может представить яблоко, которое будет существовать лишь в визуальной модальности, без запаха, вкуса, ощущений тяжести и упругости и т. и.

Для расширения спектра модальностей применяется **техника наложения.** Наложение начинается с первичной репрезентативной системы. Если это, как в приведенном примере, визуальная система, клиента просят представить яблоко. Используя соответствующие вербальные предикаты, психотерапевт может путем постепенного наложения одной близкой субмодальности на другую перейти от солнечного света к шуму ветра в кроне дерева, тяжести яблока в руке, терпкому вкусу и т. п.

Работа с субмодальностями применяется в **технике принятия решений**, направленной на проработку сомнений и неуверенности, которые часто предшествуют принятию важных решений. Для начала терапевт просит клиента подумать о сомнениях, мешающих принятию решения. После этого клиент должен определить, что в данной ситуации ему полностью попятно и не вызывает сомнений или затруднений. Далее терапевт и клиент сравнивают, какими субмодальностями сомнение отличается от понимания? Размером картины? Яркостью? Контрастностью? Удаленностью? Подвижностью? Как только обнаруживаются как минимум два различия, клиент пробует изменить картинку сомнения таким образом, чтобы она стала похожа на картинку понимания. Если это не получается, клиент и терапевт ищут дополнительные различия, после чего процесс повторяется.

Подобная же работа проводится и с такими более устойчивыми образованиями, как убеждения. НЛП определяет **убеждения** как принципы, позволяющие осмыслять мир и обеспечивающие устойчивость и непрерывность жизни. Убеждения действуют как сильные фильтры восприятия. События интерпретируются в терминах убеждений, и исключения лишь подтверждают правила. Именно на убеждениях основаны эффекты самооправдывающихся пророчеств. Позитивные убеждения являются теми ключами, которые запус-

кают способности, негативные — создают негативный контекст для оценки настоящей ситуации и программируют мозг на неудачу в будущем.[159] Для проверки того, насколько убеждения укоренены в реальности, в НЛП используется **техника «как бы»** — клиента просят «как бы» сделать то, что, как ему кажется, он сделать не может. Например, терапевт может попросить клиента сыграть роль того человека, который обладает желательными, но отсутствующими у клиента качествами. Если проблемы человека связаны лишь с ограничивающим воздействием убеждений, клиент в благоприятной обстановке сможет начать раскрывать имеющиеся скрытые возможности.

В своей работе НЛП-терапевты стремятся развить у клиента как можно больше убеждений, позволяющих ему добиваться успеха. Существует множество **техник изменения убеждений.** Рассмотрим основные из них.

Первая из этих техник — **работа с сомнениями.** Она заключается в том, что клиент должен определить три своих убеждения, наиболее препятствующих достижению успеха, после чего терапевт помогает проследить их влияние на жизнь клиента в ближней и долгосрочной перспективе. Затем делается перерыв, после которого клиент должен подумать о трех новых убеждениях, способных улучшить его жизнь. Теперь терапевт и клиент совместно прослеживают, какое позитивное влияние окажут эти новые убеждения — как в ближней, так и в долгосрочной перспективе. На третьем этапе, после того как клиент «почувствует разницу», его просят выбрать ограничивающее убеждение, которое он хотел бы изменить. Терапевт просит клиента сосредоточиться на мыслях и чувствах, связанных с сомнениями. И убеждение, и сомнения как можно более подробно исследуются на модальном и субмодальном уровнях, причем основной акцент делается на анализе различий в их представлении.

Выяснив весь набор различий, терапевт и клиент анализируют каждую субмодальность, стараясь найти ту (или совокупность нескольких), которая «работает» лучше других.

На заключительном этапе ограничивающие убеждения с помощью выявленных субмодальностей переводятся в сомнение. Если пациент достаточно зрел, чтобы на основании сомнения сформировать новое, более эффективное и успешное индивидуальное убеждение, психотерапия заканчивается. Если же нет, дополнительный этап терапии заключается в том, что, используя те же выявленные субмодальности, терапевт переводит сомнение в общепринятое «удачливое» убеждение. В этом случае очень важна психологическая экологичность встраиваемого убеждения — это можно делать только в том случае, если клиент не видит, не слышит и не чувствует никаких внутренних возражений.

---

[159] Говоря об ограничивающих убеждениях, последователи НЛП любят приводить биологический пример работы глаз лягушки. Лягушка видит большинство объектов в своем непосредственном окружении, но реагирует лишь на те предметы, которые движутся и имеют определенную форму (характеристики насекомых, которыми она питается). Но в силу этого лягушка будет обречена на голодную смерть в коробке, полной мертвых мух.

Вторая техника основана на **анализе проблемных убеждений**. Клиента просят подумать о том, в чем состоит его проблемное убеждение и насколько оно соответствует действительности. Пока клиент думает, терапевт внимательно следит за его невербальными реакциями и движениями глаз. Предполагается, что любые размышления о неудаче сопровождаются либо неприятными ощущениями, либо картинами былого фиаско, либо внутренним голосом, выговаривающим за провал, либо всем этим одновременно. Поэтому терапевту необходимо определить, что происходит в этот момент в каждой репрезентативной системе.

Затем клиент должен посмотреть вниз и направо, таким образом войдя в соприкосновение со своими ощущениями. После этого необходимо ответить на следующие вопросы: какую роль эти ощущения играют в жизни клиента, мотивируют и защищают ли они его, позитивны ли они?

Точно так же клиент смотрит вниз и налево. Теперь он анализирует слова, звучащие в нем при воспоминании неудачи. Он должен ответить на вопрос: можно ли извлечь из этих слов какую-либо пользу?

После этого клиент должен посмотреть вверх и влево. На этот раз он анализирует зрительные образы, связанные с неприятными воспоминаниями, и отвечает на вопрос: можно ли с их помощью чему-нибудь научиться?

Когда будет установлено, что происходит при воспоминании о неудаче в каждой из репрезентативных систем, клиент должен оценить проблемную ситуацию более реалистично. Необходимо найти в ней положительные моменты и на этой основе выработать более совершенный способ достижения цели. При этом определяются основные визуальные, аудиальные и кинестетические субмодальности данного способа, которые затем кинестетически закрепляются.

Наконец клиента просят посмотреть вверх и вправо, чтобы сконструировать визуальный образ цели, которой он хочет достичь. Этот образ должен интегрировать в себя положительные моменты, вынесенные из работы с ощущениями, картинками и словами, связанными с проблемным убеждением. Возможно, при этом модифицируется и сама цель. При этом важно, чтобы все сконструированные изменения были экологичны, т. е. находились в гармонии с другими убеждениями.

Важно подчеркнуть, что, несмотря на свою технологичность, теория НЛП признает гуманистическое положение о том, что непременным условием для изменения убеждения является желание индивида.

Процесс превращения субмодальностей желаемой цели в субмодальности положительного референтного опыта (с удержанием «якоря» референтного опыта) дает клиенту возможность учиться у прошлого и освободить свои ожидания будущего из тисков прошлых неудач, думая о своей цели в субмодальностях позитивного убеждения.

Еще одна техника, широко использующая работу с субмодальностями, — **техника работы с «линией времени»** *(timeline)*. Как показывают исследова-

ния в области НЛП, для большинства представителей западной культуры характерно восприятие времени в виде непрерывного, линейного потока, в котором один момент плавно сменяет другой, а прошлое и будущее представляются не менее реальными, чем настоящее[1]. Технически время измеряется при помощи таких физических величин, как расстояние и движение (например, стрелка на циферблате часов), но психологически оно может претерпевать самые различные трансформации. Так, во время сна оно может останавливаться, в своих фантазиях человек может без всякого труда совершать путешествия в прошлое или будущее. Кроме того, интенсивность и содержание переживаний в значительной степени влияют на субъективное.

Обычно способ организации времени согласуется с нормальными глазными сигналами доступа и принципом чтения. Так, прошлое располагается слева, и чем дальше событие, тем более удалена картинка. Будущее находится справа. Картинки по обе стороны могут располагаться друг над другом либо каким-то другим способом, позволяющим легко увидеть и рассортировать их. Многие люди используют визуальную систему для репрезентации временной последовательности событий, но вполне могут существовать некоторые субмодальные различия и в других системах. Так, например, по мере приближения к настоящему звук может усиливаться, ощущения могут становиться более интенсивными и т. п.

В своей книге «Основы личности» Т. Джеймс (цит. по: О'Коннор Д., Сеймор Д.) описывает два основных типа линий времени. Первый он назвал «рядом со временем», или англо-европейским типом времени, когда линия времени идет слева направо: прошлое с одной стороны, а будущее с другой, и оба находятся в поле зрения человека прямо перед ним. Второй тип он назвал «сквозь время», или арабским типом времени, когда линия времени «пронзает» вас таким образом, что часть ее (обычно прошлое) оказывается позади и невидима, и чтобы увидеть ее, приходится поворачиваться назад.

Люди типа «рядом со временем» имеют последовательное, линейное представление о времени. Они сами будут приходить в точно назначенное время и требовать такой же точности от других. Это линия времени, которая превалирует в мире бизнеса. Языковым ее выражением является девиз «Время — деньги». Люди этого типа чаще всего сохраняют свое прошлое в виде диссоциированных картинок.

Люди типа «сквозь время» не могут извлекать выгоду из прошлого или будущего, разложенного перед ними. Они все время находятся в настоящем, вследствие чего сроки имеют для них меньшее значение, чем для людей типа «рядом со временем». Они внутри своей временной линии, и их воспоминания чаще всего оказываются ассоциированными. Будущее для них похоже на целый ряд «сейчас», поэтому нет необходимости действовать безотлагательно. Такая модель восприятия времени распространена в восточных, особенно арабских, странах, где люди более гибко относятся к тому, что называется крайним сроком, и это может сильно раздражать западного человека.

восприятие времени. Например, для четырехлетнего ребенка время тянется в несколько раз дольше, чем для его родителей.

Хотя не существует «неправильной» временной линии, организация каждой из них оказывает влияние на мысли и чувства человека. Так, например, если прошлое находится прямо перед мысленным взором, оно всегда будет попадать в поле зрения и привлекать внимание. Большие и яркие картинки далекого будущего приведут к «выпадению» из планов ближайшего будущего.

Поэтому психотерапевту необходимо знать, как организована линия времени данного клиента. Чтобы это определить, клиента просят выбрать какое-либо обыденное, простое и повторяющееся действие, например чистку зубов, поездку на работу или просмотр телевизора.

Затем клиента просят вспомнить, как он делал это же действие пять лет назад. Причем не обязательно, чтобы это был конкретный и реальный пример. Поскольку клиент знает, как он делал это пять лет назад, он может «как бы» вспомнить этот случай. Далее его просят вспомнить, как он делал это неделю назад.

После этого выстраивается другая временная цепочка. Клиента просят подумать, что было бы, если бы он произвел это действие прямо сейчас. Затем — через педелю, через пять лет. При этом не имеет значения, представляет ли клиент, где он будет находиться в этот момент. Все эти события обычно презентируются визуальным рядом (картинка, видеофрагмент или даже кинофильм). Его анализ позволяет выявить субмодальные различия в способе организации временной линии клиента.

К. Андреас и С. Андреас приводят следующую демонстрацию извлечения данных, касающихся линии времени (К. Андреас, С. Андреас, с. 13-14).

Терапевт. Линда, можем ли мы выявить вашу шкалу времени?

Линда. Хорошо.

Терапевт. Сначала подумайте о каком-нибудь простом поведении — вроде чистки зубов, приготовления пищи и умывания, — которое вы делали в прошлом, делаете сейчас и будете делать в будущем.

Линда. Я выбрала чистку зубов.

Терапевт. Отлично. Мы хотим, чтобы вы подумали о моменте, когда вы чистили зубы долгое время назад — может быть, пять лет назад.

Линда. Я не могу вспомнить какой-либо определенный момент.

Терапевт. Это хорошо. Вы знаете, что чистили зубы пять лет назад, верно? Поэтому вы можете просто притворится, что вспомнили, как делали это пять лет назад.

Линда. Хорошо.

Терапевт. Теперь я хочу, чтобы вы подумали о том, как вы чистили зубы неделю назад...

Линда. Хорошо.

Терапевт. Подумайте о том, как вы чистите зубы сейчас... Подумайте, как вы чистите зубы неделей позже... и подумайте о том, как вы делаете это через пять лет после настоящего момента. Мы хотели бы, чтобы вы достигли такого ощущения, будто видите эти эпизоды одновременно, и сравнили их... Что позволяет вам знать, что одно из них в прошлом, а другое — в будущем? Какие различия в субмодальностях позволяют вам знать, что одно произошло долгое время назад, а другое — только неделю назад?

Линда. Это легко. Пять лет назад я жила в другом доме, и я вижу себя в этом доме. Вот каким образом я знаю, что это было давно.

Терапевт. Это типичный ответ. Люди склонны в первую очередь замечать различия в контексте, но это не то, чего хотим мы. Мы хотим процессуальных различий, которые закодированы в субмодальностях. Линда, какие другие различия вы замечаете между давним прошлым и недавним прошлым? Если вам требуется, вы можете представить себе, что жили пять лет назад в том же доме, чтобы вы смогли заметить только субмодальные различия. Даже если бы вы действительно жили в том же доме, вы, очевидно, смогли бы описать разницу между временем пять лет назад и вчера.

Продолжение демонстрации.

Линда. Я не думаю, что смогла бы. Для меня это действие пять лет назад (указывает на расстояние двух футов от себя) выглядит точно так же, как и неделю назад (указывает на меньшее расстояние).

Терапевт. Похоже, становится понятно, как вы упорядочиваете время: вы указали на разные места.

Линда. О, да! Я представляю, что вижу их в разных местах.

Терапевт. Замечательно. Теперь заметьте, как вы видите неделю в будущем и пять лет в будущем.

Линда. Они тоже в разных местах. Они уходят вправо от меня. Это интересно. Будущая неделя находится дальше от меня, чем прошлая неделя. А пять лет в будущем вообще очень далеко.

Терапевт. Блестяще. Теперь проверьте, есть ли какие-либо другие различия. Отличается ли ваша репрезентация будущего от вашей репрезентации прошлого чем-либо еще?

Линда (делает паузу для проверки). Будущее выглядит менее детальным.

Терапевт. Это типичный способ репрезентации будущего как менее определенного, чем прошлое. Теперь проверьте картину пятилетней давности и сравните с картиной недельной давности. Отличается ли она чем-либо еще кроме местоположения? Проверьте размер, яркость и тому подобное.

Линда. Мне кажется, что картина пятилетней давности немного поменьше. Я сначала этого не заметила... Мое будущее выглядит так же. Пять лет в будущем выглядят меньше, чем неделя в будущем.

При необходимости терапевт вместе с клиентом, используя субмодальные вмешательства, может изменить организацию «линии времени». Так, напри-

мер, делая визуальную картинку ярче и четче, терапевт может приблизить воспоминаемые или воображаемые события к настоящему. Временную линию можно сжимать или растягивать, усиливая или ослабляя давление жизненных обстоятельств.[160] Одно из клинических наблюдений НЛП-терапевтов состоит в том, что пациенты, ориентированные на будущее, легче переносят соматические заболевания и быстрее выздоравливают. Из этого они делают вывод, что психотерапия временной линии может достаточно эффективно помогать лечению многих болезней.

Отметим, что речь также программирует временную репрезентацию событий и реакцию на них. Так, если человека попросить подумать о том времени, когда он *гулял*, такая форма скорее всего вызовет у него ассоциированную подвижную картинку. Если же сказать: «Подумайте о том времени, когда вы *совершали прогулку*», то он создаст диссоциированную неподвижную картинку.

Это имеет значение для построения психотерапевтической коммуникации. Своими вербальными интервенциями терапевт неминуемо ориентирует сознание своих клиентов во времени тем или иным образом. Например, он может сказать:

«Итак, у вас появилась легкость в руках? До сих пор вы не чувствовали этого?», диссоциируя клиента от возникших ощущений и помещая их в прошлое, а может сказать: «Итак, вы ощущаете легкость в руках? Какие еще вещи будут вызывать у вас сходные ощущения?», ассоциируя клиента с ощущениями и программируя его на то, что он будет испытывать их в будущем.

Чтобы извлечь максимум информации из любого опыта, человеку необходимо располагать как можно большим количеством точек зрения. Так как каждая система обработки информации предлагает свой путь описания реальности, НЛП предполагает, что новые идеи возникают из этих различных описаний подобно тому, как белый цвет появляется, когда смешиваются все цвета радуги. Психотерапевт не может успешно действовать, опираясь лишь на одну репрезентативную систему. Ему необходимы как минимум две системы: одна — для того, чтобы получать информацию, а другая — чтобы интерпретировать ее иным способом.

В своих работах Д. Гриндер и Дж. Делозье выделяют три способа, с помощью которых люди могут взглянуть на опыт, — **первую, вторую и третью позиции восприятия**.

Во-первых, человек может смотреть на мир только со своей точки зрения, изнутри своей собственной реальности, не принимая в расчет ничьей другой позиции. В таком случае психотерапевт просто думает: «Как это на меня действует?»

Во-вторых, индивид может представить себе, что видит, чувствует и слышит другой. Очевидно, что одна и та же ситуация или поведение восприни-

---

[160] Линия времени является важной составляющей чувства реальности, поэтому с трудом поддается изменению до тех пор, пока это изменение не становится экологическим.

маются разными людьми по-разному. Поэтому терапевту важно оценить точку зрения другого человека и спросить себя: «Как он это видит?» Эта вторая позиция иначе называется **эмпатией**.

В-третьих, индивид может наблюдать за ситуацией со стороны как совершенно независимый наблюдатель, некто, лично не вовлеченный в ситуацию.

Теоретики НЛП считают, что каждый человек ежедневно попеременно находится в каждой из этих трех позиций. Все три позиции одинаково важны, и для терапевта чрезвычайно важно уметь свободно менять их и переходить от одной к другой, иначе он никогда не сможет выйти за пределы односторонней косности. Так, зафиксировавшись на первой позиции, он превратится в эгоиста; если ему привычна вторая позиция, он слишком легко будет подпадать под влияние чужих точек зрения; привычка же находиться в третьей позиции сделает его равнодушным сторонним наблюдателем жизни.

Еще одним важным понятием НЛП является **стратегия** — цепь психических процессов, ведущих к той или иной форме поведения.

Обычно при всем многообразии возможных форм поведения в той или иной ситуации человек выбирает какую-то одну — как наиболее для него приемлемую. Если у человека есть опыт реагирования в определенной ситуации, он выбирает определенную стратегию поведения исходя из имеющегося у него опыта. Если опыта реагирования нет, то стратегия поведения чаще опирается на сознание, которое конструирует возможный вариант поведения. Социально незрелый или патологический индивид располагает очень небольшим количеством стратегий для каждой ситуации. Чем больше стратегий, тем больше выбор, тем больше творчества, тем лучше адаптация. Исходя из этого, терапевт должен установить, что ограничивает выбор пациента, что можно изменить в его внутренних стратегиях, чтобы выбор увеличился, а также научить пациента делать не один, а несколько выборов.

Поскольку человека постоянно окружает большое количество информации, **метапрограммы** представляют собой паттерны восприятия, которые действуют как привычные фильтры, используемые для определения значимости информации и ее допуска в сознание. Метапрограммы могут меняться от контекста к контексту. То, что привлекает внимание в рабочей обстановке, может совершенно отличаться от того, на что человек обращает внимание дома. Кроме того, метапрограммы могут меняться с изменением эмоционального состояния. Человек может стать более активным в состоянии стресса и занимать пассивную позицию, будучи спокойным.

Метапрограммы присутствуют как в поведении, так и в языке.[161] Выявление метапрограмм чрезвычайно важно для психотерапии, так как они представляют собой ключевые моменты в процессах мотивации и принятия решения. Поведение и использование языка, согласованные с системами обработки информации и метапрограммами собеседника (**«подстройка»**), заранее

[161] Поскольку метапрограммы фильтруют опыт, а мы передаем наш опыт с помощью языка, то определенные паттерны языка оказываются типичными для определенных метапрограмм.

приспосабливают психотерапевтическую интервенцию к его восприятию и гарантируют, что он легко сможет извлечь из нее смысл.

Литература по нейролингвистическому программированию выделяет множество паттернов, которые квалифицируются как метапрограммы. Здесь мы предложим лишь некоторые, наиболее распространенные из них. Отметим, что немногие люди проявляют эти паттерны в столь крайних формах. Поведение большинства людей представляет собой смесь этих двух характерных черт.

Первая метапрограмма касается образа действия.

Активный человек	**Пассивный человек**
Сам проявляет инициативу, быстро начинает и продвигает дело вперед. Он не дожидается, пока начнут действовать другие.	Ждет, когда другие начнут действовать, или выжидает удобного случая для старта. Он может провести в нерешительности много времени или вообще не предпринять никаких действий.
Будет скорее использовать законченные предложения с личным подлежащим (существительным или местоимением), с глаголом в активном залоге и реальным дополнением, например: «Я собираюсь вылечиться за короткий срок!»	В его речи чаще встречаются глаголы в пассивном залоге и незаконченные предложения. Вероятно, он будет употреблять определительные фразы и номинализации, например: «Есть ли шанс вылечиться от этого заболевания?»
Хорошо мотивируется фразами типа: «Иди туда», «Сделай это», «Пора действовать».	Будет лучше реагировать на фразы типа: «Подожди», «Давай проанализируем», «Подумай об этом» и «Посмотрим, что думают другие».

Вторая метапрограмма объясняет, каким образом люди фокусируют свое внимание и создают проблемы при установлении результата.

Человек с метапрограммой приближения	**Человек с метапрограммой уклонения**
Сосредоточивается на своих целях, продвигаясь к тому, чего хочет.	Легко осознает проблемы, зная, чего следует избегать, поскольку четко представляет себе, чего не хочет.
Мотивирован целью и вознаграждением.	Мотив — избежать проблем и наказания.
Говорит о том, чего хочет, достигает или обретает.	Ведет речь о тех ситуациях, которых хотел бы избежать, и о проблемах, которые хотел бы обойти.

Лучше справляется с делами там, где необходима способность неотступно идти к определенной цели.	Превосходно обнаруживает ошибки; хорошо подходит для работы контролера (например, качества) или оценщика, критика.

Следующая метапрограмма связана с тем, как люди формируют нормы.

Человек с внутренней референцией	**Человек с внешней референцией**
При принятии решений ориентируется на собственные внутренние нормы. На вопрос: «Как вы определяете, что успешно справились с работой?» склонен отвечать «Я просто знаю об этом».	Нуждается в том, чтобы кто-то другой установил нормы. Убеждается, что работа выполнена хорошо, только тогда, когда ему об этом скажут.
Воспринимает информацию, но настаивает на самостоятельном решении, опирающемся на собственные нормы. Сопротивляется любому чужому решению, даже если это решение в его пользу.	Нуждается в установленных нормах, интересуется нормами других. Медленно принимает решения.
С трудом поддается управлению. Из таких людей получаются хорошие предприниматели, они обычно самостоятельно находят работу, не нуждаются, чтобы ими постоянно руководили.	Нуждается в том, чтобы его вели и им управляли. Ему необходимо, чтобы нормы были установлены извне, иначе он никогда не будет уверен в том, что поступил правильно.

Четвертая метапрограмма определяет открытость и свободу мышления человека, его творческий потенциал.

Сторонники альтернатив	**Любители рецептов**
Стремятся иметь выбор и рассматривают различные возможности, чувствуя себя скованно, если им приходится следовать строгому предписанию, каким бы хорошим оно ни было.	Незаменимы в выполнении четких предписаний, хорошо спланированной последовательности действий, но не очень удачно действуют в тех случаях, когда им самим приходится составлять планы, поскольку больше интересуются тем, как выполнить задание, а не целью. Считают, что для большинства ситуаций существует единственный «правильный» способ действия.

При вопросе «Почему вы выбрали именно эту работу?» объяснят причины, по которым они занимаются именно этим.	Скорее всего, на вопрос «Почему вы выбрали именно эту работу?» расскажут о том, как они к этому выбору пришли, или просто приведут факты, ответив так, как будто им задали вопрос «как», а не «почему».
Отзываются на инновационные идеи, которые расширяют их возможности выбора.	Реагируют на идеи, которые открывают перед ними четко размеченный проверенный путь.

Следующий паттерн касается процесса деления (обобщения).

«Общий» человек	**«Частный» человек**
Ему нравится рассматривать задачи «крупным планом». Он более комфортно чувствует себя, когда работает с большими блоками информации и от него требуется мыслить глобально. Серию необходимых последовательных действий рассматривает целиком, а не сосредоточивается только на текущем шаге.Любит обобщать, иногда пропуская шаги в последовательности, что создает трудности для ее воспроизведения и приводит к потере информации.	Предпочитает оперировать небольшими дозами информации. Тщательно соблюдает последовательность действий. Успешно справляется с разработкой планов и стратегий, а также с задачами, состоящими из небольшого количества последовательных шагов и требующими внимания к деталям.

Разговаривая с пациентом, терапевт может, опираясь на следующий критерий: описывает ли пациент детали или рисует картину крупным планом, определить, мыслит ли он общими или частными категориями?

Метапрограмма «сходства — различия» касается того, как люди делают сравнения. Одни люди замечают то, что является сходным в различных вещах. Их относят к категории «ищущих сходство». Другие при сравнении обращают внимание на различия. Они часто указывают на отличительные черты и нередко вступают в споры. Человек, который мыслит от общего к частному и обращает внимание на различия, будет «прочесывать» информацию до мельчайших подробностей в поисках расхождений. Если вы при этом склонны к тому, чтобы искать сходства и мыслить обобщениями, то такой человек доведет вас до сумасшествия.

Метапрограмма процесса убеждения касается того, как человек управляет информацией и каким образом она должна быть представлена. Некоторым доказательства необходимо представлять несколько раз, прежде чем они убедятся в их достоверности. Других убеждает только ряд примеров. Есть люди, которые не нуждаются в большом количестве информации: они берут несколько фактов, додумывают другие и быстро принимают решение. Эти лю-

ди часто приходят к заключению, опираясь на весьма незначительное количество данных, такой способ называется **автоматическим паттерном**. Некоторых людей вообще невозможно убедить в чем-то до конца, им нужно предоставлять доказательство верности того или иного решения только в виде конкретного примера, касающегося данной конкретной ситуации, т. е. убеждать постоянно. Такой образ действия называется **паттерном постоянства**. И наконец, для некоторых людей доказательство должно быть представлено загодя — за день или за неделю.

Теоретики НЛП подчеркивают, что успех любой психотерапии зависит от того, насколько четко сформулирован искомый результат. Психотерапевты этого направления предполагают, что чем точнее сформулирован результат, тем лучше мозг запрограммирован на то, чтобы не упускать ни одного шанса в ходе решения проблем.

Критериями хорошей формулировки результата является следующее: 1) он должен быть сформулирован позитивно; 2) клиент должен играть активную роль и держать результат в разумных пределах иод своим контролем; 3) клиент должен представлять свой результат настолько подробно, насколько это возможно; 4) клиент должен иметь логические, эмоциональные и телесные критерии того, что достиг желаемого; 5) пациент должен осознавать собственные ресурсы (внутренние и внешние), необходимые для того, чтобы достичь результата; 6) результат должен иметь реальные размеры (в случае, если искомый результат слишком велик, труднодостижим или, напротив, мелок, недостаточно мотивирует, необходимо пройти через процесс «переформулировки» — приведения результата к адекватным размерам); 7) результат должен быть экологичным, т. е. вписываться в более широкие системы личности и общечеловеческих ценностей. Таким образом, хорошо сформулированный результат реально достижим, мотивирует клиента и обязывает его к определенным изменениям.

При калибровке и определении ресурсов, необходимых для достижения хорошо сформулированного результата, используется **техника «якоря»**. «Якорем» называется пусковой стимул (триггер), по ассоциации запускающий искомое эмоциональное переживание из прошлого (наподобие лампочки в лаборатории И. П. Павлова, стимулировавшей слюноотделение у подопытной собаки). Последователи НЛП считают, что подобные «якоря» настолько распространены в жизни каждого человека, что мы их практически не замечаем, хотя часто неосознанно ими пользуемся (например, сигналы светофора, звонок будильника, интимные запахи, особые прикосновения и т. п.). «Якоря» участвуют в формировании как полезных, так и вредных привычек, что активно используется специалистами по рекламе.

«Якоря» возникают двумя способами. Во-первых, это происходит путем простого и длительного повторения. Во-вторых, они появляются на пике интенсивного эмоционального переживания (например, в результате провала важного экзамена, когда впоследствии сам вид преподавателя или экзаменационных билетов провоцирует приступы паники, а в исключительных случа-

ях — фобии). Повторение требуется только тогда, когда нет эмоциональной вовлеченности. Чем менее эмоционально вовлечен человек, тем больше повторений ему необходимо, чтобы закрепить ассоциацию.

Установка и использование «якорей» позволяет получать быстрый и эффективный доступ к необходимым в тот или иной момент ресурсам. Обычно для этого психотерапевт просит клиента взять какую-нибудь жизненную ситуацию, которая кажется ему трудной или непонятной, и решить, какой ресурс он хотел бы иметь в этой ситуации. Затем клиента просят вспомнить и выбрать необходимое эмоциональное состояние из всех переживаний, которые были у него в жизни. Такое переживание не обязательно должно быть связано с необходимым ресурсом, это может быть любое состояние: уверенность, смелость, настойчивость, все, что интуитивно приходит в голову клиенту.

Когда установлено, в каком ресурсе нуждается клиент, он начинает искать в своей жизни конкретный случай, когда у него имелся этот ресурс. Из всех воспоминаний, приходящих ему в голову, клиента просят выбрать лишь то, которое кажется ему наиболее отчетливым и интенсивным.

В случае, если подходящего ресурса нет или клиенту трудно вспомнить ситуацию, в которой он его переживал, его просят представить какого-либо известного человека или даже вымышленный персонаж из книги или фильма, обладающего этим ресурсом. В данном случае психотерапевтом принимается в расчет не реальность/нереальность персонажа, а наличие/отсутствие требуемых ощущений.

Когда ресурс и воспоминание выбраны, происходит отбор «якорей» в каждой системе обработки информации. В качестве **кинестетических «якорей»** часто выбираются какие-либо незаметные касания или сжимания (например, запястья или локтя). Для **аудиальных «якорей»** используют слова или фразы, которые клиенту не обязательно произносить вслух. При этом содержание высказывания не имеет специального смысла. Так, например, в отечественной психотерапевтической системе «СИМОРОН» используются любые образы, вызывающие позитивные эмоции путем «переименования»: «Я тот (та), который (которая)...». **Визуальный «якорь»** — это образ или символ искомого состояния (например, воспоминание или воображаемая картинка рукоплещущей аудитории). Единственное ограничение в выборе «якорей» — они должны быть по возможности неповторимыми и не являться частью обыденного поведения.

После выбора клиентом «якорей» в каждой системе терапевт просит его попробовать максимально полно воссоздать и пережить ресурсную ситуацию. Для этого он может свободно распоряжаться всеми возможностями, имеющимися в кабинете терапевта (сесть в необходимом ему месте в наиболее подходящей позе, зашторить или распахнуть окно, включить музыку и т. п.). Иногда для этого клиента даже просят снова выполнить те действия, которые он выполнял в тот момент. Когда психотерапевт чувствует, что переживания клиента находятся «на пике» (или клиент сам сигнализирует об

этом), клиент сам или с помощью терапевта закрепляет ресурс всеми выбранными «якорями». Последовательность «якорей» не имеет значения, путем эксперимента можно выбрать оптимальную последовательность или включать их одновременно. Как только ресурсные ощущения начинают спадать, «якоря» убирают.

После небольшого перерыва терапевт и клиент проводят испытание и закрепление установленных «якорей». Для этого специально или незаметно во время разговора задействуются «якоря» (все вместе или выборочно) и отмечается интенсивность переживаний. В случае, если интенсивность переживания ресурса недостаточна, клиент возвращается к началу процедуры и повторяет процесс «заякоривания», чтобы усилить ассоциацию между «якорями» и ресурсным состоянием.

Как только «якорь» установлен и закреплен, клиента просят подумать о будущих ситуациях, требующих от него этого ресурсного состояния. Это делается с целью выявления внешнего или внутреннего сигнала о необходимости применения «заякоренного» ресурса (например, особое выражение лица, необычный тон голоса, внутренний диалог и т. п.). Применяя в этот момент установленный «якорь», клиент превращает этот сигнал в триггер ресурсного состояния.

Необходимо отметить, что при постановке «якорей» возможны как минимум две стратегии. Клиент может «заякоривать» ресурсы на отдельные «якоря» (например, на каждый палец своей руки), а может связывать множество различных ресурсных состояний с одним и тем же «якорем», чтобы иметь очень мощный ресурсный «якорь». Последняя стратегия называется **техникой «накачки» ресурсов**. «Якоря» так же могут быть связаны в цепочку так, чтобы один приводил к другому. Каждый «якорь» обеспечивает связь в цепи и запускает следующий точно так же, как электрический импульс пробегает от нерва к нерву. Выстраивание **цепочки «якорей»** особенно полезно в случае, когда проблемное состояние является сильным, а ресурсное состояние слишком далеко. В этом случае терапевт вновь просит клиента подумать о ситуации, в которой тот чувствует себя некомфортно (например, расстроенным), и о сигнале, который вызывает это чувство.

Как только сигнал идентифицируется, клиента просят решить, к какому состоянию (или состояниям) он хотел бы перейти (например, спокойствие, любопытство, игривость). Чтобы выстроить эту цепочку, у клиента по описанной выше технике закрепляют «якоря» на состояниях спокойствия, любопытства и игривости. После этого клиента возвращают в ситуацию расстройства и, как только возникает идентифицированный сигнал, включают установленный «якорь» спокойствия, затем, на самом пике его действия, — «якорь» любопытства, а в конце — «якорь» игривости. Подобная цепочка тренируется ровно столько раз, сколько необходимо клиенту для того, чтобы эти связи стали автоматическими.

Техника разрушения «якорей» состоит в том, что «заякориваются» нежелательное состояние и положительное состояние, а затем включаются оба

якоря одновременно. В результате смешения «якорей» возникает новое состояние. Для этого, во-первых, идентифицируется проблемное состояние и доступное мощное ресурсное состояние у клиента. Сначала «извлекается» позитивное состояние и калибруются его невербальные признаки так, чтобы его можно было быстро и четко отличить. Это состояние «заякоривается» и проверяется с помощью откалиброванных невербальных признаков. Во-вторых, та же самая процедура проделывается с негативным состоянием. В-третьих, терапевт заставляет клиента по очереди пройти через каждое состояние, попеременно используя якоря и повторяя примерно следующее: «Порой вы чувствуете себя так (включается негативный якорь), но в этих ситуациях вам лучше чувствовать себя вот так (включается позитивный якорь)». Это повторяется несколько раз. Как только промежутки между состояниями достигнут минимального предела, а интенсивность самих состояний будет на пике, включаются оба якоря одновременно. Если момент выбран правильно, по невербальным признакам легко судить о смещениях, происходящих в сознании клиента. Как только они начинают свидетельствовать о спаде, убирается вначале негативный, а затем позитивный якорь.

Психотерапевт может легко проверить свою работу либо попросив клиента вернуться в проблемное состояние, либо просто попробовав включить негативный якорь. При правильно выполненной технике клиент войдет либо в промежуточное состояние между позитивным и негативным состояниями, либо в абсолютно новое состояние, либо на нем отразятся признаки перехода в позитивное состояние.

Для экологической проверки полученных изменений клиента просят подумать о ситуации в ближайшем будущем, в которой предположительно могут возникнуть негативные ощущения, и в воображении пройти через эту ситуацию, наблюдая за собственным состоянием. Если выбранного позитивного ресурса оказывается недостаточно, проводится поиск дополнительных ресурсов, которые «заякориваются» на том же месте, что и первый позитивный ресурс.

Одной из самых известных техник НЛП является **рефрейминг**.[162] Он связан с таким свойством человеческой природы, как оценивание, т. е. помещение определенного объекта или события в некий контекст (так называемую рамку). Считается, что смысл любого события зависит от того, в какую рамку оно помещено. Изменение рамки приводит к изменению смысла, что, в свою очередь, меняет программы сознания и поведения. Рефрейминг — это способность человека помещать события в самые различные рамки.[163] Выделяют

---

[162] Рефрейминг (от англ. *frame* — рамка, остов, скелет) — переформирование. Создателем теории фрейма является американский специалист в области искусственного интеллекта М. Минский. По его мнению, процессы человеческого мышления базируются на хранящихся в памяти людей многочисленных структурах данных — фреймах, с помощью которых человек осознает зрительные образы (фреймы визуального восприятия), понимает слова (семантические фреймы), рассуждения, действия (фреймы-сценарии) и повествования (фреймы-рассказы).

[163] Способность к рефреймингу активно используется в сказках и анекдотах. Почти все они начинаются с того, что помещают события в определенную рамку, а затем внезапно и резко изменяют ее, тем самым при-

два основных вида рефрейминга: **рефрейминг контекста** и **рефрейминг содержания**. Поскольку практически любое поведение может быть полезным в определенном контексте, рефрейминг, осуществляемый в НЛП, ориентирован на то, чтобы найти ту рамку, в которой это поведение является подходящим, и выработать более адекватное поведение для первоначального контекста.

Рефрейминг контекста лучше всего работает в случае с утверждениями типа: «Я слишком...» или «Я бы хотел прекратить...». Для этого психотерапевт работает с двумя вопросами — «Когда это поведение было бы полезным?» и «При каких обстоятельствах это поведение было бы ресурсным?». Так, педантичность и пунктуальность могут быть ценными деловыми качествами, но при этом приводить к конфликтам в семейной жизни. И напротив, умение воспринимать жизнь и вести себя как ребенок способствует близким межличностным отношениям, но вряд ли будет полезным в работе.

Содержание опыта — это то, на чем клиент сосредоточивает внимание, придавая то значение, которое ему нравится. **Рефрейминг содержания** применяется к утверждениям типа: «Я начинаю..., когда мне делают...» или: «Если..., то я...». В этом случае терапевт оперирует вопросами: «Что еще может означать такая ситуация?», «Какова позитивная направленность этого поведения?» и «Как еще можно описать это поведение?».[164] Обобщая, можно сказать, что в основе рефрейминга лежит различие между намерением и поведением, тем, что человек делает, и тем, чего он на самом деле пытается при этом достичь.

Часто то, что делает человек, не дает ему того, чего он хочет. Например, мать может постоянно испытывать беспокойство о своем ребенке, ребенок же смотрит на этот способ проявления любви и заботы о нем как на придирки и обидные выпады. Или мужчина может стремиться показывать свою любовь к семье, долго работая и зарабатывая много денег, а его семья, возможно, хотела бы, чтобы он больше времени проводил вместе с ними, пусть даже в ущерб заработной плате. Иногда поведение дает человеку то, чего он хочет, но это не вполне согласуется с другими его «субличностями» (в НЛП их принято называть более обезличенным термином — **«часть личности»**). Например, подчиненный может льстить и шутить со своим начальником, чтобы получить повышение, а затем ненавидеть себя за это. Порой человек и вовсе не знает, чего он пытается достичь с помощью определенного поведения, и тогда это вызывает чувство досады.

давая им другой смысл и вызывая нужную эмоцию. Принцип изобретений в науке и создания новых шедевров в искусстве также основан на рефрейминге.

[164] В качестве ярких примеров рефрейминга содержания можно привести политику и рекламу. Так, хорошие экономические показатели могут быть представлены либо как частные примеры, демонстрирующие всеобщую тенденцию к спаду экономики, либо как проявление экономического роста, в зависимости от того, какая идеологическая концепция нуждается в обосновании. Каждое объявление — это моментальная рамка для товара (например, вы пьете кофе этой марки — значит, вы сексуальны; пользуетесь этим стиральным порошком — значит, вы заботитесь о своей семье, и т. п.).

Теоретики НЛП исходят из того, что за каждым поведением всегда скрывается позитивное намерение. Все, что ни делает человек, преследует некоторую цель, только эта цель может быть неадекватной или устаревшей. При этом некоторые типы поведения (например, курение или употребление алкоголя «для расслабления») достигают противоположных результатов. Исходя из этого, избавление от нежелательного поведения не может лежать только в сфере волевых усилий. Мало того, решительные меры чаще всего приводят только к настойчивому возобновлению этого поведения, так как своими действиями человек обращает на него внимание и тем самым придает ему дополнительную энергию. Поэтому в психотерапии важно найти альтернативный, лучший способ удовлетворения намерения, который при этом был бы созвучен другим частям личности.

Формальный **процесс шестишагового рефрейминга** нацелен на прекращение нежелательного поведения путем предоставления лучших вариантов поведения (сохраняя, таким образом, преимущества старого поведения). Заметим, что литература по НЛП представляет шестишаговый рефрейминг и как технику психотерапии, и как метод личностного роста.

1. **Первый шаг — определение поведения или реакции, подлежащих изменению.**

Эта часть личности обычно проявляется в форме заявлений: «Я хочу сделать..., но что-то меня останавливает» или «Я не хочу этого делать, но в конце концов я все-таки это делаю». При этом последователи НЛП утверждают, что психотерапевту нет необходимости знать действительное проблемное поведение.

2. **Второй шаг — установление коммуникации с частью личности, ответственной за данное «проблемное» поведение.**

Для этого психотерапевт просит клиента обратиться к себе и спросить: «Хочет ли часть личность, ответственная за "проблемное" поведение, общаться со мной?», при этом необходимо быть предельно внимательным ко всем своим внутренним каналам восприятия: картинкам, звукам и ощущениям. Сигнал от проблемной части личности первоначально бывает очень слабым и напоминает «но» в предложении «Да, но...». Очень важно, чтобы клиент не пытался угадать или придумать такой сигнал. Для проверки терапевт просит клиента попробовать воспроизвести полученный сигнал как можно точнее. Если клиент может это сделать, его снова просят проделать ту же самую процедуру до тех пор, пока он не получит сигнал, который не сможет произвольно контролировать.[165]

Как только сигнал определен, его следует превратить в дихотомический сигнал по принципу «да/нет». Например, клиент может попросить часть личности повысить интенсивность сигнала, если это ответ «да», и ослабить, если

---

[165] Это связано с тем, что в НЛП проблемные части личности считаются не поддающимися произвольному управлению. Все, что находится под контролем сознания, может быть остановлено волевым усилием. Непроизвольные сигналы возникают тогда, когда части личности вступают в конфликт друг с другом (например, сосущее ощущение под ложечкой, незаметные изменения мимики, тона голоса и т. п.).

это ответ «нет». Тут также важно проверить полученную дихотомию на предмет того, насколько реально она отражает взаимодействие с частью личности, а не желания и фантазии клиента.

3. **Третий шаг — отделение позитивного намерения от поведения.**

Прежде всего клиента просят поблагодарить «проблемную» часть личности за сотрудничество. Затем он должен опять обратиться к себе и спросить: «Хочет ли "проблемная" часть личности дать мне понять, что она пытается сделать?» Если ответ — «да», клиента просят подумать о том, хочет ли он на самом деле иметь часть личности, которая это делает. В случае же, если ответ — «нет», работа все равно продолжается, так как, согласно НЛП, как клиенту, так и терапевту в принципе нет необходимости знать о намерении. Они могут или попытаться еще раз «договориться» с этой частью личности (например, попробовав подыскать условия, при которых часть личности захотела бы сообщить о своих намерениях), или просто априори предположить добрые намерения с ее стороны.

После этого клиент спрашивает у части личности: «Если бы тебе предоставили другие способы, позволяющие осуществить это намерение, по крайней мере не менее эффективно, чем так, как сейчас, то не хотела бы ты попробовать?» Предполагается, что в этот момент ответ «нет» будет означать, что сигналы борются друг с другом, так как «ни одна разумная часть личности не сможет отказаться от такого предложения».

4. **Четвертый шаг — выработка «творческой» частью личности новых способов достижения той же самой цели.**

На этом этапе клиент просит «проблемную» часть личности сообщить свои намерения «творческой» части личности, чтобы она могла найти новые пути осуществления этих же намерений. Как всегда, некоторые из них будут удачными, другие — не очень. О некоторых из них клиент будет иметь информацию, другие пройдут полностью неосознанно.

Как только клиент ощущает, что процесс совместного выбора запущен, он просит «проблемную» часть личности из всего многообразия выявленных вариантов выбрать лишь те, которые она считает такими же удачными или даже более эффективными, чем первоначальное поведение. Каждый раз, когда она будет получать новый выбор, она должна подать сигнал «да». Отбор продолжается до тех пор, пока не будут получены по крайней мере три сигнала «да». Это может занять довольно много времени, поэтому не следует подгонять клиента или помогать ему в этом. В конце он снова должен поблагодарить свою «творческую» часть личности.

5. **Пятый шаг — согласование с «проблемной» частью личности того, согласна ли она воспользоваться новыми выборами взамен старого поведения в течение следующих нескольких недель (присоединение к будущему).**

Если все предыдущие шаги прошли успешно, клиента просят попробовать смоделировать ситуацию применения нового поведения в будущем. Для это-

го клиент вновь обращается к «проблемной» части личности и спрашивает ее, согласна ли она использовать новые варианты поведения вместо старых на небольшой испытательный срок? В случае ответа «нет» НЛП-терапевты говорят о необходимости заверить «проблемную» часть личности в том, что она в любой момент сможет вернуться к старому стилю поведения, но хотелось бы, чтобы она попробовала и новый. Если вновь следует ответ «нет», терапевту и клиенту приходится рефреймировать возражающую часть личности, заново проходя с ней через все шесть шагов рефрейминга.

6. **Шестой шаг — экологическая проверка.**

На последнем шаге необходимо убедиться в том, что внутри клиента не существует других частей личности, которые могли бы возражать против полученных выборов. Для этого нужно спросить: «Есть ли такие части личности, которые возражают против какого-либо из новых вариантов поведения?» Если появляется какой-либо сигнал, терапевт просит усилить его, чтобы убедиться в том, что какая-то часть личности действительно возражает.

При наличии возражения со стороны других частей личности, заинтересованных в старом поведении, существует две терапевтические тактики. Первая заключается в возвращении к третьему шагу рефрейминга и рефреймированию возражающих частей личности. Вторая — в том, чтобы попросить «творческую» часть личности, «проконсультировавшись» с возражающими частями личности, выработать дополнительный набор новых вариантов. При этом важно, чтобы и эти новые варианты также прошли экологическую проверку.

Еще одними техниками работы с частями личности являются «взмах» и «взрыв». Обычно эти техники применяются в психотерапии для избавления от вредных привычек, навязчивых состояний, девиантного поведения и т. д. В основе этих методик лежит врожденное стремление человека двигаться от «неприятного» к «приятному», от «неудовольствия» к «удовольствию».

Первым этапом **техники «взмаха»** является определение проблемы и той пусковой картинки (звука, ощущения), которая предшествует нежелательному поведению или симптому. При этом терапевт строит свою работу по ее выявлению так, чтобы клиент был диссоциирован от нее. Затем создается вторая картинка — образ желательного состояния, в котором клиент как бы избавился от проблемы. «Взмах» состоит в том, что сначала клиента просят представить первую «пусковую» картину как большую и яркую, а в нижний правый угол поместить пока еще маленькую и тусклую вторую картинку. Затем требуется резко и максимально быстро заменить большую картинку маленькой, сделав последнюю большой, яркой и контрастной. После этого делается непродолжительная пауза, а затем «внутренний экран» очищается и картинки «взмахиваются» снова. Для достижения устойчивого результата рекомендуется проделывать это не менее пяти раз.

Результат «взмаха» проверяется следующим образом: клиента просят вызвать первый, проблемный образ. Если «взмах» был эффективным, то это бу-

дет трудно сделать, а если и удастся, то образ будет тусклым, размытым, удаленным и, главное, неприятным.

При использовании **техники «взрыва»** клиента просят подумать о проблеме, связанной с навязчивыми мыслями или действиями. После этого его просят подумать о желании, не носящем такого характера, к которому он относится более-менее безразлично. Так определяется, какие именно субмодальности формируют навязчивое состояние и какие — нейтральное отношение. В завершение производится «взрыв» доминирующей субмодальности, формирующей навязчивость. Это либо **одноразовое мощное усиление доминирующей субмодальности** до такой степени, что кинестетическая реакция превышает верхний порог и «лопается» вместе с навязчивостью, либо **метод «храпуна»,** заключающийся в быстром и многократном повторении усиления-ослабления доминирующей субмодальности. Повторения идут последовательно и быстро, пока что-то не «лопается».

В заключение отметим, что психотерапия может существовать на различных уровнях. Один из них — когда личность является активным участником психотерапевтической работы, выступая при этом не как объект психотерапевтических манипуляций, а как активный субъект самоизменения. При этом если мы заменим понятие «личность» на более подходящее, но менее психологичное понятие «душа», а соответственно представим психотерапию как работу с душой, а не с личностью, то с этой точки зрения любое проникновение в чужую душу без сочувствия, сопереживания, участия, понимания, любви и т. п. является грехом. В этом отношении психологические модели психотерапии, рассмотренные в предыдущих главах, прямо или косвенно отражают новую, субъектную позицию человека в психотерапии. Особенно это касается экзистенциально-гуманистических и экспериментальных подходов.

Вместе с тем психотерапия представляет собой и некоторое техническое, профессиональное воздействие на поведение, содержательные и структурные особенности когнитивных процессов, эмоциональные и интеллектуальные структуры и т. п. В этом случае личность начинает рассматриваться сугубо с утилитарно-практических позиций, а понятие души становится вообще неприменимым. Однако от этого инструментальные модели психотерапии не теряют своей значимости; напротив, они свободно могут выходить на первый план, особенно если психотерапевт сталкивается с симптоматическими нарушениями, для ликвидации которых не требуется глубинного проникновения в личность. Кроме того, появление инструментальных моделей в психотерапии отражает дух времени, для которого характерны «логико-позитивистский, ультрасциентистский подход, упор на механистическую и детерминистскую точку зрения, которая... превращает человека в простой объект...» (Тиллих, Роджерс, с. 135).

Приложение. БИАС-тест для определения репрезентативных систем.

Инструкция. Ниже приведены утверждения с несколькими вариантами окончания каждое. Проранжируйте все варианты окончания каждого утверждения по степени того, насколько они вам подходят: от 4 баллов варианту, который подходит вам в наибольшей степени, до 1 балла варианту, который вам совершенно не подходит. Результаты занесите в бланк ответов.

1. Когда я принимаю важные решения, то основываюсь на:

а) своих эмоциях, чувствах;

б) том, как, я слышал, решаются подобные вопросы;

в) том решении проблемы, которое кажется мне наилучшим;

г) тщательном изучении проблемы и фактов.

2. Когда я обсуждаю что-либо с другими людьми, то замечаю, что на меня больше всего действует:

а) интонация речи, голос собеседника;

б) те картины, перспективы, которые описывает мой собеседник;

в) логика доказательств собеседника;

г) соприкасаюсь ли я с искренними чувствами собеседника.

3. Мне гораздо легче общаться с людьми, если мне нравится в партнере:

а) его манера одеваться;

б) его эмоциональность, чувства, которые я разделяю;

в) аргументы, которые он использует для доказательства своих суждений и которые я тоже использую в разговоре;

г) интонация, темп речи, тональность голоса.

4. Из нижеперечисленного мне легче всего:

а) найти идеальную для меня громкость звучания магнитофона, телевизора;

б) подобрать наиболее разумные, убедительные аргументы, относящиеся к интересующему меня предмету;

в) выбрать наиболее удобную мебель;

г) подобрать для одежды, интерьера и др. богатые цветовые комбинации.

5. Что больше всего влияет на мое настроение, самочувствие:

а) я очень чувствителен к окружающим меня звукам, шумам, интонации голосов людей;

б) чувствую себя «в своей тарелке», когда мне надо доказать правильность какого-либо положения, выяснить причину какого-либо события, построить цепь логических умозаключений;

в) я очень чувствителен к тому, насколько удобна моя одежда, приятно ли мне в ней находиться, двигаться и др.;

г) На меня производит сильное впечатление освещение и общий вид обстановки, помещения.

Обработка результатов: ответы переносятся на бланк.

Бланк ответов и ключ

№ утверждения/ № варианта окончания утверждения	Балл	Модальность репрезентативной системы (ключ)
1/а		К (Кинестетическая)
1/б		А (Аудиальная)
1/в		В (Визуальная)
1/г		Д (Дигитальная)[166]
2/а		А (Аудиальная)
2/б		В (Визуальная)
2/в		Д (Дигитальная)
2/г		К (Кинестетическая)
3/а		В (Визуальная)
3/б		К (Кинестетическая)
3/в		Д (Дигитальная)
3/г		А (Аудиальная)
4/а		А (Аудиальная)
4/б		Д (Дигитальная)
4/в		К (Кинестетическая)
4/г		В (Визуальная)
5/а		А (Аудиальная)
5/б		Д (Дигитальная)
5/в		К (Кинестетическая)

[166] Дигитальная модальность — модальность, опирающаяся на знаковые, смысловые, а не на сенсорные процессы

5/г		В (Визуальная)

Полученные результаты переносятся в итоговую таблицу.

Итоговая таблица

	Выраженность в баллах 4 типов модальных репрезентативных систем			
	Визуальный тип (В)	**Кинестетический тип (К)**	**Аудиальный тип (А)**	**Дигитальный тип (Д)**
1				
2				
3				
4				
5				
Итого				

На основании относительного преобладания каждой из репрезентативных систем выстраивается их иерархия. Возможный разброс выраженности каждой модальной системы в баллах составляет от 5 до 20 баллов. Показатели выраженности модальной системы от 15 баллов и выше свидетельствуют о выраженном ее преобладании по отношению к другим модальным системам. Показатели от 5 до 10 баллов свидетельствуют о недостаточной выраженности модальной репрезентативной системы, показатели же от 10 до 15 баллов свидетельствуют о средней выраженности модальной системы.

Литература.

Андреас К., Андреас С. Измените ваш мозг и сохраните изменения: Новейшие субмодальные вмешательства в НЛП. — М., 1992.

Бейтсон Г., Бейтсон М. К. Ангелы страшатся. — М., 1994.

Бенвенист Э. Общая лингвистика. — М., 1974.

Бендлер Р., Гриндер Д. Рефрейминг. — Воронеж, 1995.

Бендлер Р., Гриндер Д. Структура магии. — СПб., 1993.

Бендлер Р., Гриндер Д., Сатир В. Семейная терапия. — Воронеж, 1993.

Захаров А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. — Л., 1982.

Калина Н. Ф. Основы психотерапии. — М.; Киев, 1997.

О'Коннор Д., Сеймор Д. Введение в нейролингвистическое программирование. — Челябинск, 1997.

Психотерапевтическая энциклопедия / Под. ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб., 1998.

Пуселик Ф., Льюис Б. Магия нейролингвистического программирования без тайн. — СПб., 1995.

Тиллих П. и Роджерс К. Диалог // Московский психотерапевтический журнал. — 1994. — № 2. — С. 133-150.

Глава 12. Принцип процессуальности в психотерапии.

Одна из ключевых классификаций психотерапевтической помощи состоит в различении и противопоставлении **содержательно-ориентированного** и **процессуально-ориентированного** подходов.

Содержательно-ориентированная психотерапия предполагает анализ содержания проблемы клиента/пациента и нахождение способов ее решения или преодоления (психотерапия, направленная на решение проблем): содержания детских травм (отвержение, лишение, подавление и т. п.), содержания Эго-объектных отношений (с мамой, папой, братьями, сестрами, бабушкой, дедушкой и т. п.), содержания и видов защитных и совладающих стратегий (вытеснение, проекция, ретрофлексия, отрицание и т. п.) и т. д. Содержательная психотерапия может быть направлена как на *внешнее,* так и на *внутреннее* содержание по отношению к личности. Под внешним по отношению к личности содержанием проблемы понимаются конфликтные отношения и сложности в семье, в сексе, в любви, на работе, проблемы с самоутверждением, со здоровьем и т. п., которые снижают качество жизни. Под внутренним по отношению к личности содержанием проблемы понимаются особенности отношения клиента/пациента к психотравмирующей ситуации (актуальной или инфантильной): его мысли, переживания (гнев, обида и т. п.), защитные стратегии и т. д.

Идея **процессуальности** психотерапии связана с теми ее моделями, которые фокусируются на непосредственном опыте переживания ситуации «здесь и сейчас» (И. Ялом, А. Минделл и др.). Будучи важной и, с нашей точки зрения, ключевой в психотерапии, идея процесса не получила должного распространения в отечественной среде практикующих психотерапевтов. Ориентация на систему теоретических знаний или на содержание проблемы клиента (**содержательно-ориентированная психотерапия**) подменяет психотерапию консультированием и превращает ее в разновидность «разговорного» жанра. Процессуальность психотерапии, являясь ее глубинным чувственным основанием, роднит самые различные виды психотерапии и, напротив, существенно различает психотерапевтов одного направления. Как пишет Дж. Бьюдженталь, «психотерапевты отличаются друг от друга так же, как специалисты в любой другой области, но еще большая разница обнаруживается в их искусстве. И все же те, кто многие годы практиковал "интенсивную", или "глубинную", психотерапию, часто даже расходясь в теоретических вопросах, в способе ее проведения больше сходны друг с другом, чем с теми, кто разделяет их клановое имя и имеет с ними общие "академические корни"» (Бьюдженталь, с. 14).

В 1990-х гг. Э. Минделл ввела повое для психотерапии понятие «духовный метанавык», под которым она понимает верования, убеждения и чувства психотерапевта. Эти **метанавыки** одушевляют процесс психотерапии, который несводим к теории, техникам и анализу проблемы клиента в содержательном контексте. Психотерапия становится искусством, сказкой, особым типом контакта психотерапевта и клиента, она глубже теории и техники ими в полной мере не описывается. Такая психотерапия предполагает, что: 1) клиент движется в своем, только им переживаемом (не мыслимом, а именно переживаемом!) направлении изменения; 2) психотерапевт, чувствуя траекторию движения клиента в психотерапевтическом процессе, помогает ему (вопросами, сосредоточением внимания на «ключевых» словах, позах, жестах, ощущениях) утилизировать собственный (внутренний) ресурс; 3) существует вера в саногенность спонтанного, живого процесса, который происходит в клиенте (конечно, если последний решается на него). Такая психотерапия может быть обозначена как **процессуально-ориентированная.** В этом случае терапия развивается свободно, заранее можно обозначить лишь самые общие контуры процесса. Пациент имеет право говорить о чем угодно или вообще не говорить, а его сопротивление рассматривается как неотъемлемая часть работы. Эту терапию можно сравнить с путешествием, итог которого неизвестен заранее, а терапевт в ней превращается в проводника, причем такого, который скорее не знает путь, а умеет распознать опасности и защитить от них.

Различные психотерапевтические подходы возникли в начале и середине XX в., в основном как реакция на недостатки психоаналитического подхода. В споре с психоанализом появились клиент-центрированная, поведенческая, когнитивная, гештальтистская и другие виды психотерапии. Сохранение прежней классификации психотерапевтической практики — вопрос традиции и сложившихся организационных форм подготовки. В «чистоте» подхода заинтересованы в основном психоаналитики, претендующие на особую роль психоанализа. Большинство же направлений стремятся к интеграции психотерапевтического знания. Психоаналитик процессуального плана может быть гораздо ближе к процессуальному клиент-центрированному психотерапевту, чем к содержательно-ориентированному психоаналитику.

Процессуальная психотерапия может быть понята и описана при помощи различных метафор.[167] Одной из них является «площадная» метафора. Клиент/пациент, пройдя определенный путь в психотерапии, может сказать: «Ну хорошо, я многое в себе понял. А что мне теперь делать?» Человек может разобраться в причинах того, почему он плохо живет — воровство, коррупция, безразличие правительства к своему народу и т. п. Возникает вопрос: «Что делать?» — тот вопрос, который и задает пациент в ходе психотерапии. За

[167] Р. Хофман (1985) писал: «Метафора исключительно практична. Она может быть применена в качестве орудия описания и объяснения в психотерапевтических беседах... Метафора, где бы она нам ни встретилась, всегда обогащает понимание человеческих действий, знаний и языка» /13- С.6/. Метафора имеет определенные утилитарные преимущества в интерпретации психотерапии по сравнению с объективным научным знанием.

этим вопросом кроется не отсутствие знания о том, что нужно делать, а запрос к психотерапевту — «пойди на площадь, вырази свое несогласие, прояви акт гражданского мужества, но за меня. Когда все это сделаешь — позови меня». Пациенты боятся идти на «столкновение» со своими интроектами: им мешает страх, чувство вины, стыда и т. п. Психотерапевт может помочь пациенту ослабить его страхи, связанные с «выходом на площадь», но не должен (тем более что он и не может этого сделать) сам идти на площадь. Есть работа, которую должен сделать сам пациент. Если он нуждается в помощи и поддержке, то терапевт ее даст. Таким образом, в самом знании, углублении понимания себя содержится ресурс изменения, но его часто оказывается недостаточно. Важно не только понять, но и пережить, причем пережить активно.[168]

Процессуальность психотерапии определяется специфическими характеристиками травматического опыта личности:

1) к нему не существует прямого доступа — клиент не может просто рассказать о своих травмах и переживаниях. Даже в том случае, когда он помнит о некоторых травматических событиях, доступ к самому переживанию (гнева, обиды и т. п.) закрыт. Более того, существует феномен «слоистости» выражения вытесненных переживаний. Одно переживание (например, тоска, выражаемая плачем) сменяется другим (например, гневом, ажитацией), а затем третьим (например, обидой, выражаемой плачем, стоном) и т. д.;

2) внутренне непринимаемым;

3) неосознанность. Даже воспоминания о ранних травматических событиях не наталкивают клиента (конечно, без специальной работы) на понимание истинной травмы (брошенность, отвергнутость, предательство, унижение, ограничение и т. п.) и психологического смысла самих событий. Так, например, у одного из наших клиентов в ранних воспоминаниях одной из главных фабул является «проказничание, непослушание», причем эти воспоминания не ограничиваются описанием только «плохого поведения» («поджог склада», «затопление квартиры», «курение» и т. п.), но, и это главное, в них содержатся указания на последствия непослушания — «родители узнали и сильно ругались». Факт привлечения внимания родителей остается вне поля осознания и понимания клиента, хотя такое поведение по отношению к близким и стало для него стилевым;

4) смысловое поле травматического комплекса обнаруживается в системе взрослого поведения. Так, фобия затопления квартиры и соседей, сопровождающаяся выраженными вегетативными реакциями и эпизодами паники, в какой-то мере связана со взрослым опытом (клиентка дважды заливала соседей, что вызывало серьезные конфликты и соответственно негативные эмоциональные переживания), но полностью невыводима из него. В основе данной фобии лежат две травмы, относящиеся к разным периодам жизни. Первая травма относится к дошкольному детству — у клиентки был энурез. Мать

[168] Из русскоязычных авторов идею переживания как деятельности разделяет Ф. Е. Василюк /14/.

всегда говорила ей: «С тобой стыдно куда-либо ездить. Ты всегда меня позоришь!» Вторая травма относится к 12-летнему (по ее словам) возрасту: девочка мастурбировала в ванной, используя струю воды. Она испытала стыд, чувство вины, ощущение «грязи» и «больше этим никогда не занималась».

Смысловое поле детского травматического опыта имеет и соматические проявления. Так, у клиентки К. обнаруживались явления цистита — рези, боли, слизь, частые позывы на мочеиспускание. Клиентка заметила, что эти явления возникают после ссор и неприятных эпизодов, связанных с мужем. В основе этого явления лежало компульсивное воспроизведение детской ситуации: отец ругает девочку, а она сильно пугается, «обездвиживается», чувствует себя беспомощной. Все это сопровождалось непроизвольным мочеиспусканием.

У клиентки Е. при активизации табуированной генитальной энергии, перекрытой проблемными отношениями с отцом, появился дерматит на нижней части левого предплечья. Вместе с тем ее левая рука является субъективной репрезентацией образа отца (использовалась разработанная А. С. Кочаряном техника имагинальной смысловой репрезентации рук). Этот дерматит заставляет клиентку прятать руку, стыдиться ее.

5) травматический комплекс чрезвычайно энергетичен — он постоянно генерирует патогенную энергию. Поэтому, несмотря на «отвод» этой энергии, комплекс остается напряженным. Как только удается войти в детский психотравмирующий опыт, последний переживается так бурно, словно эта травматизация происходит сейчас, а не происходила в прошлом, прошлое словно оживает, становится актуальным переживанием. Необходимо еще раз подчеркнуть, что это не эмоциональное отношение к прошлым травмам, не воспоминание об этих травмах и связанных с ними переживаниях, а актуальное переживание «здесь и сейчас», когда клиент регрессирует к возрасту травмы и находится в нем. Не следует понимать такую регрессию как тотальный процесс. Клиент входит в некий особый модус сознания[169], видит и переживает мир, находясь в нем. Но клиент одновременно находится в нескольких модусах сознания, отношения между которыми у разных клиентов значительно варьируются. Это либо бифокальность сознания, когда инфантильный и зрелый модусы существуют одновременно (вариант, идеальный для психотерапевтической работы, когда возможна апелляция к зрелым структурам Эго клиента и организация внутреннего диалога между указанными модусами сознания), либо стиль «поплавка», когда клиент «ныряет» в инфантильный модус, в нем начинается некий ранее «зажатый»[170] процесс, а затем по какой-либо причине клиент «выскакивает» из этого модуса. В этом случае процесс погружения идет по типу «раскачивания», когда при очередной ин-

[169] Под «модусом сознания» понимается некоторый комплекс чувств, мыслей, фантазий, телесных переживаний и проявлений, особенностей поведения, образующих некоторую целостность.

[170] Мы намеренно используем термин «зажатый» как метафору, отражающую невозможность проявления чего-то внутреннего. Данная метафора близка к уровню телесного описания (например, «зажатая мышца»). Термины «подавление», «вытеснение» и т. п., являясь метафоричными, несут психодинамическую смысловую нагрузку, связанную с обозначением конкретных механизмов.

тервенции психотерапевта клиент входит в этот инфантильный модус. При этом важно, теряет ли клиент зрелый модус сознания или нет. Если это происходит, то перед нами «ребенок», требующий удовлетворения своих ранее «зажатых» (подавленных, вытесненных и т. п.) желаний. Он очень обижается на психотерапевта, если последний отказывается удовлетворять эти желания.

Приведенные характеристики позволяют утверждать, что в травматический комплекс нужно войти, и это трудная задача как для терапевта, так и для клиента. Разговорный жанр здесь малоэффективен. Это не значит, что клиент и терапевт не должны разговаривать: разговор необходим, но на другом уровне — не событийном, содержательном, а процессуальном. Когда клиенту удается войти в психотравмирующий комплекс, инициируется процесс оживления подавленных, вытесненных желаний, чувств и соответствующих им энергий. Такой процесс представляет собой динамическое взаимодействие различных модусов сознания, часто принимающее форму внутреннего конфликта, и протекает на разных уровнях: соматическом, эмоциональном, поведенческом, на уровне фантазий и сновидений. Так, выше говорилось о том, что активизация генитальной энергии у Е. привела к развитию дерматита. Этот дерматит был символическим проявлением материнского («взрослого») модуса сознания, в рамках которого секс — это «грязь», недостойное занятие. Данный модус проявил себя в следующем сновидении клиентки: ей приснилось, что она шла с друзьями-мальчиками в гору и вдруг упала и сломала левую руку как раз там, где она поражена дерматитом. Ей наложили гипс, после чего она видела себя идущей дальше в той же компании, но теперь ощущала холод внутри и чувствовала отчуждение от своих спутников.

Обездвиживание левой («отцовской») руки — это эквивалент перекрытия генитальных энергий, генитальных чувств и связанных с ними переживаний. На терапевтической сессии во время работы с приведенным сновидением левая рука клиентки лежала на гениталиях, прикрывая их. После того как клиентку попросили показать, в каком месте своего тела она ощущает «холод», она стала активно искать это место правой рукой в районе живота и груди. Левая рука при этом оставалась неподвижной. После работы со сновидением, фактически направленной на «снятие гипса», левая рука стала более активной. Это означало, что активизировался соответствующий модус сознания («отцовский», детский) и связанные с ним переживания и ранние воспоминания.

Нарождающееся новое всегда очень хрупко и нуждается в поддержке психотерапевта, словно только что пробившийся слабый родник чистой воды. Это новое внутреннее движение (и эмоциональное, и телесное, и энергетическое, и когнитивное, и мотивационное) нарушает *status quo,* оно «инородно» (не эго-синтонно), вызывает страх, чувство вины, стыда и т. п. Так, клиентка Е. после активизации ранее «зажатого» «женского» модуса сознания имела ряд сновидений, в которых проявилось беспокойство иных «частей личности» — происходила внутренняя борьба нарождающегося «женского» начала

и устоявшихся модусов сознания. В рамках последующей терапевтической сессии клиентка неосознанно повела себя аналогично тому, как вела себя ее мать — обвиняла, укоряла психотерапевта за происходящие в ней изменения. «Новое» проявляется в сновидениях, в переживаниях, желаниях, в ощущениях тела, в позах сна и т. п.

Клиентка Т. обладала неадаптивным устойчивым убеждением в том, что она «должна быть сильной, так как ни на кого нельзя надеяться». Это убеждение было вызвано невозможностью установить отношения психологической интимности с мужем. Их отношения носили зависимый характер: с одной стороны, Т. хотела сохранить отношения с мужем, боялась развода, а с другой — постоянно провоцировала ссоры, воспроизводя стиль жизни собственной матери. На одной из сессий (достаточно поздних) клиентка сказала, что «психотерапевт помогает мне решать внутренние проблемы». Терапевт спросил: «Кому вы это сказали?» — «Себе», — ответила клиентка. Ее слова указывали на существенное изменение — ранее она не была готова принять чью-либо помощь (особенно мужчины), установить отношения психологической интимности. Ее признание означало принятие собственной потребности в психологической близости, что в рамках сессии сопровождалось ее желанием уменьшить физическое расстояние между собой и терапевтом.

Пробуждение, усиление и интеграция «нового» со старыми привычными модусами сознания (или структурными элементами личности) — достаточно сложная задача, являющаяся, по сути, задачей конструирования. Следует подчеркнуть, что задача психотерапевта состоит не только в том, чтобы пробудить «новое», активизировать «зажатые» (подавленные, вытесненные и т. п.) модусы сознания, или объемы психики. Важнейшей является задача построения целостной, интегрированной структуры личности, в которой не уничтожены какие-либо «части», а создана новая композиция. В этом смысле процесс психотерапии сродни живописи. Художник должен «увидеть» композицию, которая определяется не только субъективностью художника, но и субъективностью натуры. Это совместный процесс взаимопостижения. Не психотерапевт делает процесс — процесс разворачивается в клиенте в присутствии психотерапевта. К. Роджерс сравнил эту психотерапевтическую ситуацию с парным танцем, в котором ведет клиент, а терапевт выступает его партнером.

Следующий тезис, вытекающий из процессуального подхода к психотерапии, состоит в том, что любые вербальные техники («разговорная психотерапия»), ориентированные на содержание проблемы клиента, а не на процесс, представляют собой не психотерапию в истинном смысле этого слова, а консультирование — попытку разобраться в проблеме и решить ее. Проводить содержательно-ориентированную психотерапию — это все равно что «гонять шары» по бильярду без всякой надежды загнать их в лузы. Шары каждый раз выстраиваются в новую конфигурацию, что дает новые варианты (интерпретации) и надежды на успех. Такая психотерапия строится на интеллектуальном уровне и не находит телесных резонансов. Если в процессе психотера-

пии клиент не чувствует приливов жара, ощущения холода, озноба, покалывания, откликов в каких-либо частях тела (боль, напряжение и т. п.), то следует заключить, что энергетически такая психотерапия пуста. Она может быть сколь угодно умной, а интерпретации психотерапевта точными, филигранными, красивыми, но если психотерапия энергетически пуста, то с клиентом, по сути, ничего не происходит. Ненадолго ему может стать лучше, он может построить или принять некоторую интеллектуально удовлетворяющую концепцию, что временно разрешит его проблемы. Но этот паллиатив не имеет шансов «зайти внутрь», стать реальностью тела[171], энергетических процессов, глубинных эмоциональных переживаний. На содержательно-ориентированном уровне может проводиться любой вид психотерапии, точно так же как в любом виде психотерапии (кроме, думается, когнитивного и поведенческого) работа может проводиться на процессуальном уровне. Дело здесь не в виде психотерапии, а в самом психотерапевте.

Психотерапевтический процесс может быть инициирован вхождением в актуальное переживание клиента. Клиент может предъявлять жалобы, касающиеся самых интимных сторон своей жизни, но эти жалобы могут не находиться в области актуального переживания. Так, в ходе групповой сессии женщина может жаловаться на проблемные отношения с мужем, на то, что он невнимателен к ней, на то, что она «может рассчитывать только на себя», однако актуальным переживанием клиентки в данный момент является соперничество с психотерапевтом. С чего начинать процесс психотерапии: с проблемы отношения с мужем или с чувства соперничества по отношению к психотерапевту (мужчине)? На интеллектуальном уровне ответ прост, но в реальном психотерапевтическом контакте очень часто начинают именно с содержания проблемы. В классической психоаналитической традиции существует положение: если пациент уклоняется от обсуждения собственных проблем, то он сопротивляется процессу терапии. В противовес этому в клиент-центрированной психотерапии выдвигается другой тезис: клиент сам определяет, о чем говорить, и если он обсуждает свое умение готовить, ухаживать за детьми, слесарничать и т. п., то, во-первых, это его право, а во-вторых, это означает желание клиента почувствовать себя значимым, умелым, принятым. Следовательно, важно войти в актуальное переживание клиента, позволяющее проникнуть в его бессознательное. На рис. 12.1 представлены сферы «актуального» и «потенциального» клиента в психотерапевтическом взаимодействии.

[171] В соматопсихотерапии А. Ермошина /15/ указывается, что следует «идти к энергетическому заряду, связанному с переживанием».

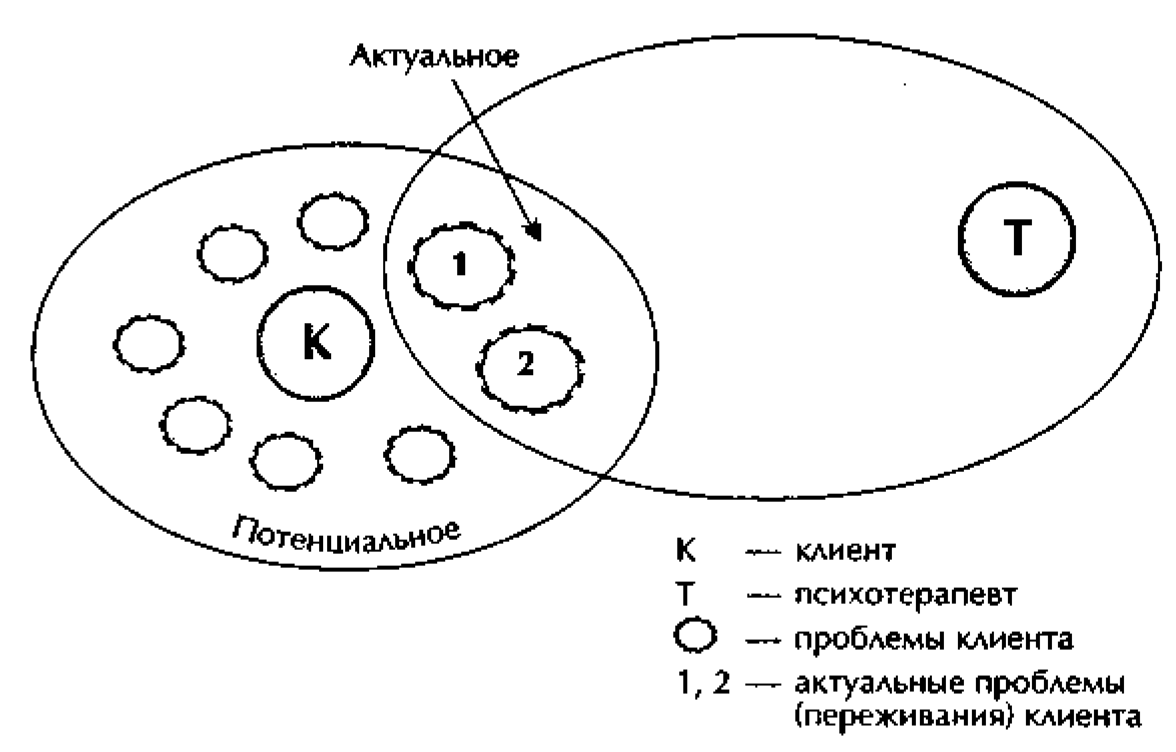


Рис. 12.1. Соотношение актуального и потенциального переживаний клиента

Проблемы клиента, лежащие вне его актуального переживания, не могут стать предметом процессуальной работы, психотерапевт может работать только в актуальной зоне клиента (зоны 1, 2), и только в этом случае клиент способен войти в процесс. При этом далеко не все эмоциональные проявления свидетельствуют о вхождении в процесс; например, слезы могут быть привычной реакцией и ни на йоту не способствовать прогрессу клиента в психотерапии. Процесс — это движение по неизведанной территории, обнаружение в себе нового, самоисследование в переживании, открытие в себе «зажатых» зон личности — эмоций, желаний, мыслей, телесных ощущений, энергий.

Многие методы групповой психотерапии подразумевают, что терапевт не работает с глубинными переживаниями клиента, не фасилитирует процесс, — в таких группах создается атмосфера любви и принятия. Теоретики гештальт-терапии называют это **защитным механизмом конфлюэнции** (слияния в «мы»). Такая психотерапия может решать ряд задач — ослабление коммуникативных барьеров, обретение компенсаторной среды общения, структурирование свободного времени (раньше не знал, чем заняться) и т. п., но не является психотерапией в глубинно-психологическом смысле. Тепло и доверие необходимы для запуска процесса, но если группа на этом останавливается, то глубинную психотерапию осуществить не удается.

Важной проблемой психотерапевтического изменения клиента служит проблема открытия и выстраивания «зажатых» модусов сознания (желаний, переживаний, энергий и т. п.) в некоторую целостную структуру, интегрирующую различные, противостоящие друг другу части личности. Следует подчеркнуть, что в психотерапии метафоры «высвобождения» «зажатых»

частей личности недостаточно — важно дополнить ее метафорой «построения». Недостаточное внимание ко второй метафоре может привести к появлению неучтенных феноменов. Например, клиентка Т. в ходе символдраматической проработки агрессии, направленной на отца, стала «подниматься» вверх, энергетически «переполнив голову», вследствие чего у нее возникла головная боль распирающего типа. Это свидетельствует о том, что освободить чувства, сопряженные с определенными энергиями, мало, необходимо знать и учитывать закономерности их канализирования. Просто «гонять» энергию по телу, не зная этих закономерностей, — опасное и неблагодарное занятие. Теплый, интимный, принимающий характер психотерапевтического контакта способствует раскрепощению клиента, но является лишь условием, необходимым для успешной терапии, а не самой терапией. С этой точки зрения те необходимые и достаточные условия психотерапевтического изменения клиента, которые выявил К. Роджерс, — это только условия. Теоретическая схема Роджерса не раскрывает механизмов терапии, основных вех и ориентиров процессуального движения в психотерапевтическом процессе. Разные модусы сознания проявляют себя в совершенно различных модальных образованиях: тембре голоса, его тональности, в паузах, положении тела, в соматических ощущениях (боль, напряжение, тяжесть и т. п.), кожных проявлениях, сновидениях, фантазиях, мыслях, мотивах, переживаниях и поведении.

Приведем пример. Клиентка А. пожаловалась на свое разочарование в жизни и утрату привычных интересов. Очевидно, что такая жалоба была весьма неопределенной и требовала выяснения того, что на самом деле ее беспокоит. Вербальное прояснение проблемы могло отнять много времени и оказаться бесплодным, так как терапевт столкнулся бы со множеством защитных мифологий. На процессуальном же уровне терапевт вошел в следующее переживание: клиентка вступила в контакт, в актуальной зоне которого — желание обратить на себя внимание и получить позитивную оценку себя как женщины («Правда, я привлекательная женщина?»), что и составляло ее «проблемное поле». В результате работа с «разочарованием в жизни» получила конкретное направление, в то время как абстрактные разговоры о разочаровании и депрессии не могли способствовать прогрессу клиентки.

Далее было установлено, что тело А. состоит из двух несогласованных частей — «женских» ног («низа») (кокетливых, играющих, привлекающих внимание, завлекающих — типично женский стиль «дразнящего» поведения) и «мужского» туловища и рук («верха») (жестких, напряженных, сильных, давящих). Подобное противостояние «верха» и «низа» внутри личности фактически является противостоянием «мужского» и «женского». Этот внутренний конфликт проецировался вовне и переживался как разочарование в мужчинах: с одной стороны, она сама «мужчина» и нуждается в слабом, подчиненном партнере, с другой стороны — женщина и тяготеет к сильному, поддерживающему партнеру; с одной стороны, стремится к теплым, интимным отношениям, с другой — боится этого и строит дружеские отношения с муж-

чинами. Но было очевидно, что полностью ее не устраивал ни тот ни другой вариант отношений. Этот внутренний полоролевой конфликт клиентки нашел выражение в ее слаборефлексируемом конфликте с миром.

Метафора «построения» в данном случае отражает необходимость «освобождения» «женского» и его наполнения, осторожного снятия всех элементов, это «женское» репрессирующих, на всех уровнях — когнитивном, эмоциональном, мотивационном, нормативном, телесном (как мышечный панцирь), энергетическом[172] (как система энергетических блокировок). Начинать такое построение следует с вхождения в специфический ресурсный опыт, или ресурсное переживание. Так, клиентка О. сообщила, что «с отцом у нее плохие отношения, он никогда не хвалил, никогда не замечал ее, только поучал и ругал». Когда клиентка стала говорить об этом, она вошла в процесс, сопровождавшийся плачем, ознобом, приливами жара, чувством холода и т. п., а ее поза и тональность голоса свидетельствовали о глубоком регрессе. Затем она остановилась и сказала, что чувствует «пустоту». В такой ситуации важно не спешить и дать процессу осуществляться свободно, не заполнять эту «пустоту» за клиента. Большое значение имеет то, чем заполняется эта пустота. Возможны как минимум два варианта:

1) **пустота заполняется «хорошим» содержанием.** В случае с О. после выплескивания обиды и гнева клиентка предалась приятным воспоминаниям об отце: о том, как он ею восхищался, гордился, хвастаясь перед знакомыми, заплетал ей косички, покупал подарки, носил ее на плечах и т. п. Если до этого отец был «плохой» фигурой, то теперь актуализировались те слои опыта, которые были подавлены. Подобные новые переживания служат основой для дальнейшей работы;

2) **пустота вновь заполняется «плохим».** Это означает, что негативные переживания еще не освободили «резервуар первичной боли» и поэтому процесс еще не дошел до любви, остается на уровне псевдочувств (гнева, вины, обиды и т. п.). Нельзя спешить, проходя процесс за клиента. Только тогда, когда клиент заполняет возникшую пустоту сам, процесс будет аутентичным для клиента, врастающим в его тело, интегрирующим все модальные проявления.

Таким образом, процессуальная работа представляет собой особый тип контакта психотерапевта с клиентом, при котором теоретические схемы и модели служат лишь условием, необходимым для успешной работы, причем не единственным. Психотерапия в большей мере становится творчеством, искусством, метафоры которого каждый психотерапевт строит сам. Научность психотерапии является важным критерием ее разработки и применения, но этого мало — важны и духовность (причем несводимая к деонтоло-

---

[172] В европейской традиции энергия наделяется только качеством силы, она лишена содержания. В. Н. Пушкин подчеркивал продуктивность рассмотрения энергии как носителя информации и введения понятия «информационной энергии» в категориальный аппарат парапсихологии. Энергия в западной психологии лишена половых определений — нет мужской и женской энергии, нет мужского и женского либидо. Наша психотерапевтическая практика и ряд полученных нами исследовательских данных свидетельствуют об обратном. Данная проблема нуждается в специальном обсуждении.

гии), и творчество, и эмоциональность (вовлеченность в процесс самого психотерапевта), и личностность (истинность, искренность) терапевта. На уровне процессуальной работы различия терапевтических подходов фактически размываются. Обученному психотерапевту все равно, какой подход использовать. Анализ американской практики психотерапевтической помощи, где имеются жесткие стандарты обучения и лицензирования, показывает, что теории, подходы и школы часто сливаются, образуя эклектическое целое. /16/ Приведем данные Й. О. Прохазки и Дж. К. Норкросса /17/ о теоретических ориентациях американских психотерапевтов (табл. 12.1).

Таблица 12.1. Теоретические ориентации американских психотерапевтов

Ориентация	Психологи, %	Консультанты, %	Психиатры, %	Социальные работники, %	Всего, % (N = 818)
Адлерианская	1	2	1	1	1
Бихевиоральная	8	6	1	4	5
Когнитивная	8	10	1	4	5
Эклектическая/ Интегративная	34	37	53	34	38
Экзистенциальная/ Гуманистическая	4	13	1	3	5
Гештальт	2	2	1	1	1
Интерперсональная (Салливанианская)	2	1	3	1	2
Психоаналитическая	11	2	16	11	11
Психодинамическая	18	9	19	22	19
Роджерианская/ Клиент-центрированная	1	8	0	2	3
Системная	7	7	1	13	7
Другие	4	3	3	4	3

Очевидно, что большинство терапевтов не придерживаются того или иного «чистого» подхода, а являются сторонниками эклектизма. Это можно объяснить тем, что психотерапевт, оснащенный различными техниками, более эф-

фективен, так как паттерны его терапевтических интервенций и психотерапевтического поведения шире. Более того, свобода от строгого следования одной-единственной теории позволяет лучше учесть особенности конкретного клиента.

Итак, основополагающими принципами процессуально-ориентированной психотерапии являются:

1) **многоуровневость личности** — личность рассматривается как образование, обладающее «слоистой» структурой со множеством измерений, обозначаемых как модусы сознания;

2) **полифоничность контакта** — общение осуществляется на разных уровнях психической картографии, включающей сознание-тело и энергетические образования;

3) **экспериментальность** — основной акцент делается на уникальном опыте аутентичного переживания клиента;

4) **вовлеченность психотерапевта;**

5) **работа с актуальным переживанием клиента.**

Литература.

Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта. — 3-е изд. / Пер. с англ. и общая редакция М. Р. Мироновой. — СПб., 2001.

Минделл Э. Психотерапия как духовная практика. — М., 1997.

Глава 13. Механизмы психотерапии.

Разнообразие моделей человека и его психологического здоровья предопределяет значительные расхождения во взглядах на природу и механизмы изменения личности в процессе психотерапии. В одной из книг, посвященных святоотеческой психотерапии, указывается, что «смешение и размытость границ превратили психотерапию в какой-то аморфный пласт всевозможного суррогата, начиная от укоренившихся гипнотических техник до приемов шаманизма, танцев, сексуально окрашенных трансов и бесплодного мудрствования в отвлеченных сферах» (Авдеев, Невярович, с. 10). Многие из направлений психотерапии «лежат в сферах вне Христа и чужды ему по духу. В рекомендуемых способах и методиках целительства много заведомо ложного, искусственного, небезопасного для душевного здоровья пациентов. Изобилуют приемы по развитию и без того гипертрофированного воображения у пациента (что со святоотеческих позиций совершенно недопустимо). "Терапия детским криком"[173], "переселение в прошлые жизни", "инфантильные игры", "кодирование" — какая же здесь психотерапия души?». Несмотря на кажущуюся тенденциозность и непсихологичность, в этих мыслях много важного и ценного.

[173] Речь идет о первичной психотерапии *(примеч. авт.).*

Во-первых, это идея разнородности психотерапевтических идеологий и техник. При этом технику психотерапии нельзя рассматривать в отрыве от ее идеологической доктрины. Одно дело, когда мы сталкиваемся с «аутентичной личностью» у Ф. Пёрлса, и другое — с «полностью функционирующей личностью» у К. Роджерса. Идея самодостаточности, независимости, ответственности за себя и свою жизнь связана с переживанием экзистенциального одиночества[174], тогда как мы-ориентация К. Роджерса фактически представляет собой религию коммуникации, когда человек «растворяется» в людях, получая безусловную любовь, понимание и поддержку. Специфику гештальт-терапии определяет не техника «пустого стула», а идеология, которой подчинены и теория личности, и теория психотерапии, и конкретные психотерапевтические техники. В настоящее время Украину (как, впрочем, и другие страны СНГ) наводнили многочисленные представители различных психотерапевтических школ, пропагандирующие уникальность именно своего направления. При этом психотерапевтический процесс часто подменяется теорией психотерапии как теорией психотерапевтического воздействия. Идеология психотерапии, за которой скрываются представления о душе, выносится «за скобки».

Чтобы избежать техницизма, внимание психотерапевта должно быть направлено на процесс изменений во всей личности клиента. Э. Минделл предложила концепцию метанавыков. Под **метанавыками** она понимает осознанные чувства психотерапевта в процессе работы с клиентом. Если психотерапевт не осознаёт, что «случается» в нем самом в процессе работы с клиентом, он ориентирован на теорию процесса, на представления о том, что происходит с клиентом, но никак не на свои переживания. Минделл пишет: «...термин "метанавык" относится не столько к чувствам, возникающим во время работы, сколько к осознанию этих чувств. "Метанавык" предполагает, что мы, кроме осведомленности о чувственных позициях, изучаем их и собираем их энергию, применяя наши чувства и отношения на пользу клиенту» (Минделл, с. 30). Убеждения и чувства психотерапевта (метанавыки) являются почвой, на которой произрастают и теоретические принципы психотерапии, и технические приемы (методы). Сам метод «работы психотерапевта явно или неявно обнаруживает его глубинные представления о жизни, социальных и политических вопросах, о развитии личности и взаимоотношении с миром, о природе терапии» (Минделл, с. 29).

Во-вторых, различие концептуальных определений души задает и разные способы помощи этой душе. При этом представления о душе — это не просто некоторая профессиональная позиция психотерапевта. За ними стоят:

1) система верований, рефлексируемых или не рефлексируемых психотерапевтом, т. е. его место в культурном пространстве;

[174] Перефразируя манифест гештальтистов, можно сказать: «Ты пришел в этот мир не для меня, а я не для тебя. Если мы встретились — хорошо, а если нет — тоже ничего плохого».

2) система теоретических представлений о психотерапии и психотерапевтическом изменении клиента/пациента;

3) система техник воздействия.

Это означает, что техники воздействия соответствуют (или, по крайней мере, должны соответствовать, если психотерапия осуществляется осознанно) представлениям о душе. В христианской культуре визуальное воздействие на душу имеет меньшее значение, чем слово и переживание: молясь, нельзя представлять Бога, так как образы обманчивы. Визуальный образ многозначен, предполагает множество смыслов. Образ сновидения практически никогда не имеет однозначной трактовки в рамках субъективного пространства одного и того же клиента, и по мере углубления психотерапевтического контакта всплывают все новые и новые смыслы этого сновидения, психотерапевт может возвращаться к одному и тому же сновидению на разных стадиях психотерапевтического процесса, вскрывая его новые смысловые послания. Слово же играет в психологии меньшую роль, так как относится только к интеллектуальной плоскости, а одна из ключевых идей психологии состоит в том, что основой психической жизни является бессознательное. Однако слово позволяет проникнуть в это бессознательное.

Но нельзя лишь подвести клиента к заветной и в то же время опасной «двери в себя» — важно сопровождать его во внутреннем путешествии. Поэтому те формы психотерапии, в которых контроль терапевта снижен и пациент «путешествует» один, лишь отчитываясь о результатах, опасны. Во-первых, неизвестно, в какую «дверь» войдет человек, с чем он там столкнется и сможет ли оттуда вернуться (ведь, однажды начавшись, психоанализ может стать бесконечным). В таком трудном путешествии по внутренним мирам должен быть надежный маяк, иначе человек войдет не в ту «дверь», откроет в себе те реальности, справиться с которыми он будет не в состоянии. Именно поэтому столь важен вопрос об идеологии психотерапии вообще и конкретного психотерапевтического воздействия в частности: профессионализм психотерапевта состоит не только в технически безупречной работе с клиентом, но и в понимании того, *куда* движется клиент.

К негативным результатам психотерапии (в том числе и в отдаленной перспективе) может привести и недостаточный учет характера психопатологического расстройства и структуры личности, характерный для многих направлений. Такой недоучет также является проявлением сниженного контроля терапевта над психотерапевтическим процессом. При этом когда мы говорим о контроле процесса, то не имеем в виду, что психотерапевт является его композитором, тем, кто произвольно «делает» его по своему усмотрению. Напротив, мы полагаем, что живой процесс всегда отличается от заранее намеченной «дорожной карты» путешествия клиента по своему внутреннему миру. Психотерапевт находится в актуальном процессе клиента, сопровождая его и оберегая от возможных опасностей.

Разнообразие идеологических доктрин, теоретических концепций и техник психотерапии делает ее широкой сферой специфической профессиональной

помощи, включающей совершенно разные, несопоставимые, а порой и противоречащие друг другу подходы. Эти виды помощи описываются различными метафорами — «археолог», «следователь», «садовник», «проводник», «гуру», «инструктор», «шаман», «наставник» и т. п. За каждой из этих метафор скрываются разные представления о душе и способах ей помочь. Как справедливо отметил экзистенциальный психотерапевт И. Ялом, никакая объяснительная система не способна охватить весь терапевтический процесс. Он писал: «Я считаю, что терапевтическое изменение — это чрезвычайно сложный процесс, который возникает в запутанном переплетении элементов человеческого опыта, и эти элементы я буду называть "терапевтическими факторами"» (Ялом, с. 21). Практически речь идет о механизмах психотерапии. Ялом выделяет 11 первичных факторов психотерапии, или ее механизмов:

1) вселение надежды;

2) универсальность переживаний;

3) снабжение информацией;

4) альтруизм;

5) корригирующая рекапитуляция первичной семейной группы;

6) развитие навыков социализации;

7) имитационное поведение;

8) межличностное (интерперсональное) научение;

9) сплоченность группы;

10) катарсис;

11) экзистенциальные факторы.

Эти факторы Ялом рассматривал как важные для групповой психотерапии. Однако некоторые из них вполне описывают и феномены индивидуальной психотерапии, причем являются вполне понятными и не требуют специальных пояснений.

В глубинных видах психотерапии вселение надежды не является ключевым моментом, этот фактор лишь поддерживает другие более специфические процессы.

Вселение надежды важно при проведении поддерживающей психотерапии для психически и соматически больных пациентов, для зависимых пациентов (при первичной — межличностной и вторичной — субстратной формах зависимостей) и др. Как указывает Ялом, многие группы самопомощи («Сострадательные друзья» — для родителей, потерявших детей; «Мужчины против насилия» — для мужчин, избивающих своих жен; «Пережившие инцест» — для жертв инцеста; «Заштопанные сердца» — для перенесших операцию на сердце; «Анонимные алкоголики» — для зависимых от алкоголя и др.) делают особый упор на вселении надежды. В глубинных видах психотерапии, в том числе и индивидуальной, вселение надежды является важным условием того, что клиент не бросит психотерапию, а пройдет ее до конца: при глу-

бинной психотерапии первоначально состояние клиента/пациента ухудшается, так как он входит в ранее закрытые и табуированные области психики.

Важным ресурсом изменений служит информирование клиента о том, что его ждет в ходе психотерапии. Следует помнить, что психотравмирующее образование может существовать в двух формах: как локальный опыт, диссоциированный от остальной части психики, и как опыт, который «инфицировал» всю психику, не оставив здоровых частей. В первом случае информирование является формой поддержания связи психотерапевта со здоровой частью психики, во втором — тестированием того, насколько клиент способен придерживаться принципа реальности, а не уходить в инфантильные травмированные области. Таким образом, информирование обладает психотерапевтическим потенциалом.

Другим существенным ресурсом изменения является альтруизм психотерапевта. В рамках индивидуальной психотерапии для клиента характерно представление о том, что терапевт не до конца честен с ним: он внимателен, доброжелателен, но не бескорыстно, а за деньги. В ряде случаев для развития психотерапевтических изменений в клиенте терапевт должен подчеркнуть свое теплое и душевное отношение, возможно даже нарушая традиционные каноны и правила сеттинга, например пригласить клиента домой на чай. И. Ялом справедливо замечает, что клиентам важна поддержка, заинтересованность психотерапевта их проблемами и личностью. Даже в случае предоставления клиенту совета часто важно не содержание совета, а сам процесс оказания помощи, так как психотерапевт проявляет искренность и заинтересованность.

Психоаналитическая терапия сделала основной упор на ранних травмах пациента и на его способности с ними совладать. Понимание или обуздание демонических сил через их осознание в психоаналитически ориентированной терапии является важнейшим (если не главным, а то и единственным) саногенным (оздоравливающим) механизмом. Вера в силы рационального, его возможности справиться с неразумными эмоциями, характерна для психоаналитически ориентированной терапии, как, впрочем, и для всего человечества начала XX в. Но сегодня культурная ситуация изменилась и акцепт на рациональном сильно смягчился. Парадокс состоит в том, что сама психоаналитическая культура много для этого сделала. С одной стороны, она представила человеческую природу как эмоциональную, неразумную (сочтя природу первичной, а культуру вторичной), а с другой — указала, что справиться со своими разрушительными эмоциями и влечениями можно только через разум, а эмоции не могут быть конструктивными и лечебными. Между тем многие авторы подчеркивали, что самого по себе интеллектуального постижения (инсайта) детских травм, травматических фантазий и особенностей ранних отношений в родительском окружении недостаточно. Как писал А. Лоуэн, «я слишком часто встречал пациентов, которые за годы психоанализа собрали много информации и знаний о своем состоянии, но чьи основные проблемы остались незатронутыми» (Лоуэн, с 46). Важно вновь пережить

старые травмы с новым исходом, когда тебя любят и принимают. Этот новый опыт переживания создается непосредственно в рамках психотерапии. Такой психотерапевтический опыт обладает способностью распространяться на обыденную жизнь человека, наполняя ее новым смыслом.

Вместе с тем опыт психологической интимности, который клиент приобретает в ходе психотерапии, не всегда сказывается на нем положительным образом. Во-первых, такой опыт может создать особую психотерапевтическую реальность, в которой клиент хорошо себя чувствует, но не хочет или не может перенести этот опыт в реальную жизнь. Так, существует феномен группофилии, когда человек ходит в самые разные терапевтические группы, тратя на это огромные деньги. Такой человек создает для себя новую альтернативную реальность (если хотите, виртуальный мир), которая противостоит реальной жизни.

Во-вторых, формирование теплых отношений в рамках психотерапевтического контакта может не привести к рекапитуляции. Приведем пример: клиентка Т. (женщина 33 лет) в ходе психотерапии отметила у себя положительные эмоциональные изменения — возросшую способность вступать в отношения психологической интимности и ощущать психологическую близость. Однако как только она почувствовала, что интимный характер приобретают ее отношения с терапевтом, то прервала терапию, так как актуализация теплых доверительных отношений вызвала у нее страх, с которым она не смогла справиться. Терапевтические отношения, которые, казалось бы, должны были привести клиентку к конструктивным изменениям, напугали ее и не были ею приняты. Подобная возможность стала причиной несогласия многих теоретиков с мнением К. Роджерса о том, что одним из главных условий успешной психотерапии является теплое и любящее отношение психотерапевта к клиенту. Высказывались опасения, что слишком личностные отношения терапевта и клиента неизбежно породят или зависимость клиента от терапевта, или страх, связанный с актуализацией инфантильной травмы. Однако это не так: при грамотной работе интимность в отношениях терапевта и клиента не способствует переносу, а демонстрирует пример позитивных отношений.

Одним из универсальных психотерапевтических механизмов является **отреагирование,** или катарсис. Впервые, в форме гипнокатарсиса, его использовал Фрейд: он погружал пациента, находящегося в состоянии гипноза, в вытесненное психотравмирующее переживание, чтобы «вщемленный» (термин Фрейда) аффект высвободился и накопленные негативные эмоции (гнев, обида и т. п.) исчезли. Ряд современных направлений психотерапии делают основной акцент именно на высвобождении «вщемленных» аффектов: это первичная психотерапия А. Янова, различные виды телесно-ориентированной психотерапии (В. Райх, А. Лоуэн, Д. Боаделла и др.), психотерапия криком Д. Касриела, спонтанный танец и др. Отреагирование позволяет, во-первых, активизировать «вщемленный» аффект (перевести его в активную форму), а во-вторых, «сбросить» его с себя, убрать его из энерге-

тической и психологической структуры личности. Часто высвобождение глубоко задержанного аффекта сопряжено с подъемом температуры тела.

Так, у пациента В., 17 лет, страдавшего монофобией глотания (отказ от глотания пищи и питья воды из-за страха, что пища попадет не туда и он задохнется), после трех сессий психотерапии криком температура поднялась до 40°C и продержалась в течение трех дней. После этого пациент резко пошел на поправку. У каждого психотерапевта бывают случаи «чудесного» исцеления, когда пациенту становится лучше по непонятным причинам. Это и был такой случай. Полугодичная психотерапия, двукратное пребывание в стационарах психиатрического профиля с проведением фармакотерапии не дали результата, а помогла пациенту именно техника отреагирования (техника крика). Это ставит вопрос о корреспондировании терапевтического механизма и структуры фобического расстройства. В данном случае страх лежал на энергетической структуре пациента, и эффективной оказалась работа, целью которой было «вырвать» энергетические корни страха. По Лоуэну, самым сложным является отреагирование страха и паники. Он писал: «Гораздо сложнее (чем гнев, плач, глубокие рыдания. — *Авт.*) пробудить чувство страха и еще более важно извлечь его наружу. Если панику или ужас не вызвать на поверхность и не проработать, то катарсический эффект освобождения от крика, гнева или печали будет кратковременен. Пока пациент не способен противостоять своему страху и понять его причины, он будет продолжать кричать, плакать и сердиться при любых внешних переменах в его личности. Он заменит катарсический процесс на подавляющий, а в направлении роста не произойдет значительных перемен» (Лоуэн, с. 92).

Отреагирование не равносильно простой экспрессии эмоций, так как экспрессия не всегда ведет к отреагированию. Отреагирование происходит там и тогда, когда экспрессия достаточно интенсивна и человек гневается, плачет или кричит помимо своей воли. Иными словами, для отреагирования необходимо отбросить привычные формы регулирования аффективной сферы. Одним из показателей спонтанности является вовлечение вегетативной сферы: озноб, жар, холод, покалывание в теле, подташнивание, тремор, боли и т. и. Таким образом, для отреагирования характерно качество малой управляемости, спонтанности процесса. Вместе с тем отреагирование может быть опасным. Это происходит в тех случаях, когда снятие привычных механизмов эмоционального самоконтроля становится необратимым или когда отреагирование связано с полной утерей бифокальности, т. е. взрослого Эго, которое следит за процессом «выброса». Безопасность процесса обеспечивается присутствием терапевта, но только тогда, когда пациент «подчиняется» терапевту, принимает его в качестве «внешнего Эго-контроля». Просто плач, слезы, крики, причитания без момента спонтанной экспрессии, когда человек чувствует, что держит себя, не позволяют произвести отреагирование. В ряде случаев подчеркивается, что переживание клиентом какого-то момента собственной жизни или ситуации в терапевтической группе должны дополняться «петлей саморефлексии» (И. Ялом), когда эмоциональный опыт переживания

трансформируется в терапевтический. Это означает, что клиент должен не только чувствовать гнев, но, что самое главное, задать себе вопрос: «Что за ним стоит?», т. е. войти в позицию самоисследования. Но в данном случае речь идет не об отреагировании, а, напротив, об овладении собственным переживанием через позицию самоисследования. Это важный психотерапевтический механизм, не имеющий, однако, ничего общего с катарсисом.

Катарсис (отреагирование) не является единственным или даже самым важным психотерапевтическим механизмом, что и обусловило разочарование З. Фрейда в его эффективности и последующий отказ от него. Фрейд в большей мере верил в саногенность разума, в то, что рацио может овладеть неконструктивными эмоциями, обуздать их. Вместе с тем вера в саногенность катарсиса опирается на житейские представления («поплачь — станет легче») и присутствует во многих теориях психотерапии и практической работе терапевтов.

Важной составляющей работы психотерапевта является конструирование. Представление о том, что психотерапевт раскрепощает, снимает блоки, защиты, помогает освободиться от подавленного аффекта и т. п., является недостаточным. Освобожденная энергия гуляет по телу, а вместе с ней гуляет освобожденный аффект. Куда зайдет эта энергия? Как диссоциированный и обезвреженный аффект ассоциируется с остальной, до сих пор свободной от конфликтов и напряжений, частью психической структуры? Это серьезные вопросы, на которые психотерапевт должен дать ответ, а не уповать на саногенность спонтанного процесса, протекающего в клиенте, как это делал К. Роджерс, или на саногенность спонтанного группового процесса. Процесс в клиенте должен быть спонтанным, но контролируемым, во-первых, им самим (конечно, в контакте с психотерапевтом), а во-вторых, психотерапевтом (конечно, в контакте с клиентом). Высвобождаемая энергия и раскрепощаемые эмоции должны быть правильно ассимилированы остальной психикой, причем происходить это должно не само по себе (конечно, в нормальной ситуации, когда терапевт не пускает ситуацию на самотек), а в ходе психотерапевтической работы по конструированию новой конфигурации психической структуры: так, освобождение генитальной энергии должно соединяться с энергией любви, энергией сердца. В противном случае формируется очень конфликтная психическая структура. Так, в женском тренинге «генитальности»[175] клиентки «входят» в свою вагину[176], часто воспринимая ее как «холодную, темную пещеру, в которой живет маленькая девочка. Эта девочка сидит одна, ей одиноко и страшно». Женщина может принять мужчину «грудью» — и в этом случае мужчина является сыном, другом, братом, но никак не мужчиной; женщина же — мать, подруга (друг), сестра, нянька, но никак не женщина. Чтобы действительно стать женщиной, женщина должна как в прямом, так и в переносном смысле принять мужчину через гениталии. Но

[175] Это условное название которое, в данном случае полезно тем, что отражает мишень тренинга.

[176] Имагинальную, рисуночную, телесную, психодраматическую, фантазийную (сказочную) и т. п. репрезентацию сознания-вагины (сознания-тела).

часто это вызывает страх — на гениталиях лежит печать «эдипальной грязи», связанной с чувством стыда и вины. Полное самораскрытие женщины возможно, когда она впускает мужчину через гениталии к сердцу. Если сердце закрыто, то освобождение генитальной энергии опасно. Такие женщины часто спрашивают: «Что мне теперь делать?» Они говорят: «Я не могу справиться с сексуальностью». Но если сердце открыто, то такое освобождение возможно, так как возможна интеграция генитального (сексуального) и сердечного (эротического, любовного). Таким образом, конструирование представляет собой освобождение некоторых частей личности и выстраивание связи между ними. Психотерапевт помогает пациенту выстроить новую психическую структуру. Примеры этой работы были приведены в главе, посвященной принципу процессуальности в психотерапии.

Таким образом, в психотерапии (наряду с механизмами психотерапии, которые часто выступают как факторы, которыми психотерапевт не управляет) можно выделить некоторые психотерапевтические стратегии/механизмы/техники: инсайт, создание эмоционального рекапитулирующего опыта, отреагирование, дезактуализация проблем, страхов, переживаний, десенсибилизация травматических стимулов (см. в главе, посвященной инструментальным методам психотерапии), отреагирование, когнитивное «прочищение», освобождающее ум от ошибок, актуализация трансперсональных (духовных) ресурсов самоизменения и др. Эти стратегии отражают не только психотерапевтический подход, в котором работает психотерапевт, но и индивидуальные предпочтения и верования (если же они психотерапевтом осознаются и сознательно используются в психотерапевтической работе, то метанавыки) терапевта в какой-либо один, два или несколько механизмов изменения. Психотерапевт в своей работе не может полагаться на все перечисленные механизмы. Как правило, среди психотерапевтов существует специализация — один хорошо владеет техникой отреагирования, другой — анализом и инсайтом, третий — хорошо поддерживает и создает новый саногенный эмоциональный опыт, четвертый — может производить конструирование повой психической структуры и т. п. Только в идеале психотерапевт может делать все. Между терапевтами часто существует непонимание относительно стратегий помощи клиенту. Это означает, во-первых, что к истине могут вести разные пути, а во-вторых, что психотерапевты склонны идеализировать свой способ работы, не видя ценности в другом. Ну что же, шоры могут быть и у психотерапевтов. Это шоры конкретной теории, личных предпочтений, некоторого психотерапевтического сообщества. Обучение психотерапии — это всегда выявление своих сильных сторон, своих возможностей. Следует лишь помнить, что психотерапевты не должны монополизировать право на истину, должны сохранять диалог направлений. Экуменизм в психотерапии — это не отказ от множества стратегий в угоду одной, а эклектизм, обеспечивающий подлинное мастерство терапевта.

Литература.

Авдеев Д. А., Невярович В. К. Наука о душевном здоровье: Основы православной психотерапии. — М., 2001.

Лоуэн А. Терапия, которая использует язык тела (биоэнергетика). — СПб., 2000.

Минделл Э. Психотерапия как духовная практика. — М., 1997.

Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии / Пер. С. В. Жужанавы и М. Р. Мироновой. — 5-е изд. — СПб., 2000.

Вместо заключения. Пространство психотерапии: психотерапевт—клиент.

Описанные в нашем учебнике психотерапевтические подходы предполагают наличие более или менее «психологизированного» клиента, т. е. такого, который **может и хочет** войти в свой внутренний мир, исследовать его. Надо полагать, что это достаточно рефлексивный и ответственный клиент. Психотерапевтическое знание является элементом психокультуры общества и содержит помимо инструментальных еще и идеологические концептуальные элементы, т. е. представления о психическом здоровье, личностном развитии, о целях и смыслах такого развития. В ряде случаев психотерапия перерастает в аутопсихотерапию, в которой терапевт становится инструктором, учителем, направителем и т. п. Следует помнить, что в психотерапии меняется смысл слов. Так случилось, что в психологии слово оказалось в известной мере выхолощенным, так как живет только в интеллектуальной плоскости. Одна из ключевых идей психологии (да, впрочем, и многочисленных психотерапевтических подходов) состоит в том, что правда скрыта в бессознательном, а бессознательное бессловесно. Поэтому слово в психологии неистинно, за ним всегда есть что-то более истинное. Слово превратилось в вербальное общение, за которым скрыта более глубокая реальность. В этом смысле веры в слово в психологии нет. Вместе с тем слово, идущее от сердца, истинное, подлинное слово, то которое «было вначале», представляет душу. Поэтому-то Д. А. Авдеев и В. К. Невярович пишут, что «суть психотерапии заключается... более не в словесном, а в духовном воздействии. Ибо не одухотворенное живительной силой духа слово есть пустая форма, шелуха». /18- С.19/ Все словесные формы психологически ориентированной психотерапии (психоанализ, гештальт-терапия, клиент-центрированная терапия и др.) позволяют войти во внутренний мир клиента, в тот мир, где слово наполняется глубоким внутренним смыслом (а не значением). Путешествие по этому внутреннему миру души сопряжено со многими опасностями. В этом смысле психотерапевт выполняет роль сталкера, проводника через опасные зоны и внутренние события, которые случаются в душе клиента. Нельзя клиента только подвести к заветной, но опасной двери в себя — важно сопровождать его во внутреннем путешествии. Поэтому те формы психотерапии, при которых контроль со стороны психотерапевта снижен (например, психотерапия

криком, голотропная терапия и т. п.), где пациент сам «путешествует» и лишь затем дает отчеты об этом путешествии, опасны. Во-первых, неизвестно, в какую дверь войдет человек, с чем он там столкнется и сможет ли оттуда вернуться. В таком трудном путешествии по внутреннему миру должен быть падежный маяк, иначе человек войдет не в ту дверь, откроет в себе те реальности, справиться с которыми будет не в состоянии. Поэтому чрезвычайно важен вопрос об идеологии психотерапии вообще и конкретного психотерапевтического воздействия в частности. Недопустимы попытки оторвать технику психотерапии от ее идеологии, которая в явной или имплицитной форме представлена в том или ином направлении. Профессионализм психотерапевта состоит не только в технически безупречной работе с клиентом, но и в понимании того, куда движется клиент, и в умении «провести» клиента через опасные зоны. Во-вторых, недостаточный учет структуры психопатологического расстройства и структуры личности, характерный для многих направлений психотерапии, может привести к негативным результатам (в том числе отдаленным). Такая ситуация свидетельствует о слабом контроле терапевта над психотерапевтическим процессом. При этом, когда мы говорим о контроле над процессом, то не имеем в виду, что психотерапевт является композитором такого процесса, произвольно делает его. Напротив, мы полагаем, что живой процесс всегда отличается от заранее намеченной «дорожной карты» движения клиента по внутреннему миру. Психотерапевт находится в актуальном процессе клиента, сопровождая его и оберегая от возможных опасностей. С нашей точки зрения, убеждение в том, что психотерапевт подводит клиента к двери, а дальше тот все делает сам, является заблуждением. /19 С.320/

Медицинская модель психотерапии — это скорее описание различных возможностей воздействия на непсихологизированного пациента. На таком пациенте не сработают классические психотерапевтические подходы. Такой пациент не хочет (не может) вникать во внутренние смыслы, эмоциональные драмы, интерпретировать соматические симптомы как выражение психологических конфликтов и т. п. Многие заболевания, относящиеся к разряду психосоматических, резистентны к фармакотерапии. Теоретически известно, что в патогенезе таких расстройств задействована психика. Вместе с тем значительная часть этих больных не склонна переводить соматический симптом на психологический язык, обращаться к психотерапевту. Многие люди, страдающие психосоматическими заболеваниями, так и не становятся пациентами, ориентированными на психотерапевтическую помощь, обнаруживая выраженную готовность лишь к соматической терапии. Возможны серьезные психологические проблемы, приводящие, например, к соматизированной депрессии. Но пациент при этом не хочет видеть связи своего состояния с семейной психотравмой, с неразрешенными проблемами детства и т. п., принося с собой в психотерапию лишь соматический симптом. В этом случае очень часто оказывается, что эффективными являются непсихологические модели психотерапии, например **гипносуггестивная терапия**, реализующая «хирур-

гический идеал» пациента о психотерапевтической помощи. Порой в ходе приема клиента складывается парадоксальная ситуация: помогает лишь одно прикосновение. В ряде случаев приходится сталкиваться с пациентами, которые не входят в гипнотическое состояние, но выполняют все команды психотерапевта — раскачивают свое тело, поднимают руки и т. п., т. е. делают то, что возможно на второй стадии гипноза (явление **каталепсии**). Пациент чувствует, что нашел своего доктора, на которого можно положиться и перенести ответственность за свою жизнь. Эти феномены описываются понятием «переноса». Однако временные реалии такой психотерапии не позволяет работать собственно с переносом (как правило, непсихологизированные пациенты ориентируются на психотерапию в пределах 10 сеансов).[177]

Тем не менее и в этом случае психотерапия часто заканчивается симптоматическим улучшением. Пациент нашел «папу» («маму»), к которому он может приходить. До психологизированных форм терапии процесс просто не доходит. Более того, при таких кратких формах психотерапии приходится считаться с тем, как пациент трактует свою болезнь. Например, некоторые пациенты рассматривают свое состояние как результат «порчи», «сглаза» и т. п. В этом случае психотерапевт, используя гипносуггестивную терапию, «снимает порчу». Этого бывает достаточно для облегчения состояния пациента. Иначе говоря, во временных рамках, скажем, 10 психотерапевтических сеансов (сессий) и при отсутствии желания пациента «входить в свою проблему» психотерапия часто становится симптоматической.

Начинающие психотерапевты должны помнить, что их ответственность — это ответственность за свою работу, а не за выбор и решения клиента. Если человек не желает меняться, то его изменить нельзя. Существуют пациенты, которые кочуют от психотерапевта к психотерапевту, уличая каждого из них в некомпетентности, рассказывая последующему о неквалифицированности предыдущего. Вначале такой пациент всем своим видом дает терапевту понять, что тот гораздо лучше предыдущего. Но очень быстро он «разочаровывается» в психотерапевте, уличая его в непрофессионализме. Попытки «затащить» такого пациента в собственно психотерапию в большинстве случаев заканчиваются неудачей. То, что многие пациенты-невротики становятся хрониками и периодически госпитализируются в стационары, является проблемой не только эффективности психотерапии, но и готовности самого пациента к изменению.

Психотерапия — это образ жизни, а не просто профессия. Недопустима ситуация, когда психотерапевт «привязывает» к себе пациентов, получая от них ощущение собственной харизмы, величия. Это уже не психотерапия, а игра в психотерапевта, эксплуатирующая процессы переноса и контрпереноса.

---

[177] В медицинской практике число 10 является «магическим» — 10 сеансов физиотерапии, курс из 10 уколов, 10 сеансов иглорефлексотерапии и т. п.

В заключение хочется вспомнить слова апостола Павла: «Учениями различными и чуждыми не увлекайтесь; ибо хорошо благодатию укреплять сердца, а не яствами, от которых не получили пользы занимающиеся ими» (Евр 13:9). Поэтому, осваивая психотерапию, пытайтесь постичь ее сердцем, душой, через собственный опыт и переживания.

Алфавитный указатель.

Г

Д

Ж

З

И

К

Л

М

Н

О

П

Р

С

Т

У

Ф

Х

Ц

Ч

Ш

Э

Ссылки.

1) McCrae R., Costa P. Personality in adulthood. — New York, 1990.

2) McAdams D. The stories we live by: Personal myths and the making of the self. — New York, 1993.

3) Smith M. L, Glass G. V., Miller F. I. The benefits of psychotherapy. — Baltimore, 1980.

4) Luborsky L. et al. A verification of Freud's grandest clinical hypothesis: the transference // Clinical Psychology Review. — 1985. — № 5.

5) Михайлов Б. В., Табачников С. I., Марута Н. О. и др. Концептуальнi основи i стратегiя розвитку психотерапii в Українi // Актуальные проблемы сексологии и медицинской психологии: Материалы научно-практической конференции, посвященной 15-летию кафедры сексологии и медицинской психологии Харьковской медицинской академии последипломного образования. — Харьков, 2002.

6) Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии. — СПб., 2001.

7) http://psychoanalyse.narod.ru/lesesaal.htm, пер. В. И. Николаева и Л. Ф. Бугаевой.

8) http://psychoanalyse.narod.ru/bion4.htm.

9) Crandall J. E. A Scale for Social Interest // Individual Psychology: Journal of Adlerian theory, Research and Practice. — 1991. — Vol. 47. — № 1.

10) Gottesfeld H. A Social Interest Scale for Group Psychotherapy // Individual Psychology: Journal of Adlerian theory, Research and Practice. — 1991. — Vol. 47. — № 1.

11) http://www.psychol.ras.ru/ippp_pfr/journal/numbers/2002/papers/korzini.htm, пер. И. Ю. Хамитовой.

12) http://www.gain.ru/Catharsis/Articles/ex_psy.htm.

13) Арутюнова Н. Д. Метафора и дискурс // Теория метафоры. — М., 1990.

14) Василюк Ф. Е. Психология переживания. — М., 1984.

15) Ермошин А. Вещи в теле: Психотерапевтический метод работы с ощущениями. — М., 1999.

16) Фицджеральд Р. Эклектическая психотерапия. — СПб., 2001.

17) Prochaska J. O., Norcross J. C. Systems of Psychotherapy: A Transtheorethical Analysis. — 3rd ed. — Belmont, California, 1994.

18) Авдеев Д. А., Невярович В. К. Наука о душевном здоровье: Основы православной психотерапии. — М., 2001.

19) Ассаджоли Р. Психосинтез / Пер. с англ. — М.; Киев, 1997.

20) Бурлачук Л. Ф. Психодиагностика. — СПб., 2002.

21) Юнг К. Г. Проблемы души нашего времени / Пер. А. М. Боковикова. — М., 1994.